

56

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mardi 27 Décembre 1892, à 1 heure

PAR ANTOINE VIVIER,

Né à Serbannes (Allier), le 19 Décembre 1867.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE
DE
L'ÉPILEPSIE CHEZ LES ENFANTS

Président : M. CORNIL, Professeur.

*Juges : MM. } BOUCHARD, Professeur.
 } CHANTEMESSE et CHARRIN, Agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
HENRI JOUVE

15 — Rue Racine — 15

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mardi 27 Décembre 1892, à 1 heure

PAR ANTOINE VIVIER,

Né à Serbannes (Allier), le 19 Décembre 1867.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DE

L'ÉPILEPSIE CHEZ LES ENFANTS

Président : M. CORNIL, Professeur.

*Juges : MM. } BOUCHARD, Professeur.
 } CHANTEMESSE et CHARRIN, Agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15 — Rue Racine — 15

1892

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

	Doyen M.	BROUARDEL.
	Professeurs	MM.
Anatomie...		FARABEUF.
Physiologie.....		CH. RICHET.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....		A. GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	}	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.....		DEBOVE.
Anatomie pathologique.....		LANNELONGUE.
Histologie.....		CORNIL.
Opérations et appareils.....		MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.....		N.
Thérapeutique et matière médicale.....		REGNAULD.
Hygiène.....		HAYEM.
Médecine légale.....		PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.....		LABOULBÈNE.
Clinique médicale.....	}	STRAUS.
Clinique des maladies des enfants.....		G. SEE.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		POTAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		JACCOUD.
Clinique des maladies du système nerveux.....		PETER.
Clinique chirurgicale.....	}	GRANCHER.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		BALL.
Clinique ophthalmologique.....		FOURNIER.
Cliniques d'accouchements.....		CHARCOT.
		TILLAUX.
		LE FORT.
		DUPLAY.
		LE DENTU.
		GUYON.
		PANAS.
		TARNIER.
		PINARD.

Professeurs honoraires

MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT, REGNAULD et VERNEUIL.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ALBARAN.	DELBET.	MARIE.	ROGER.
ANDRÉ.	FAUCONNIER.	MAYGRIER.	SCHWARTZ.
BALLET.	GAUCHER.	MENÉTRIÉR.	SÉBILLEAU.
BAR.	GILBERT.	NÉLATON.	TUFFIER.
BRISSAUD.	GLEY.	NETTER.	VARNIER.
BRUN.	HEIM.	POIRIER, chef des	VILLEJEAN.
CHANTEMESSE.	JALAGUIER.	travaux anatomiques.	WEISS.
CHARRIN.	LEJARS.	QUENU.	
CHAUFFARD.	LETULLE.	REITERER.	
DEJÉRINE.	MARFAN.	RICARD.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

INTRODUCTION

Appelé à suivre le service de M. Bourneville, à l'hospice de Bicêtre, il nous a été permis d'examiner un grand nombre d'enfants épileptiques.

Nous avons pu assister aux attaques des épileptiques du service ; d'autre part, nous avons lu les Observations nombreuses prises dans ce même service, tant publiées qu'inédites, et nous avons été surpris de trouver une si grande diversité de formes d'une même maladie.

Les manifestations les moins bruyantes, les absences, les vrteiges, les secousses épileptiques nous ont surtout intéressé, tant par la difficulté que l'on éprouve à les observer, que par leurs conséquences souvent très graves. En effet, il nous a été donné d'observer, et surtout de lire des Observations probantes à ce sujet, ce sont les personnes atteintes de ces petits accidents qui arrivent le plus sûrement à la démence.

D'ailleurs, ces manifestations de l'épilepsie, comme nous le verrons, se rencontrent très souvent au début

de l'affection ; nous avons donc pu les rencontrer souvent parmi les enfants que nous avons sous les yeux. Nous avons résolu d'étudier de près, d'observer les petits malades de Bicêtre ; ce sont ces observations inédites, pour la plupart, qui feront l'objet de notre thèse.

Nous n'avons pas eu la prétention de faire un tableau complet des formes de l'épilepsie : ce serait une tâche au-dessus de nos forces. Nous nous contenterons d'ajouter aux Observations déjà nombreuses d'épilepsie, celles que nous avons pu recueillir, grâce à l'obligeance de M. Bourneville, que nous remercions sincèrement pour les conseils qu'il nous a prodigués.

Qu'il nous soit permis, avant d'entreprendre ce travail, de remercier profondément nos Maîtres de la Faculté et des Hôpitaux, pour l'enseignement qu'ils nous ont donné.

Que Monsieur le Professeur Cornil daigne accepter tous nos remerciements pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

DIVISION DU SUJET

Nous ne voulons pas faire un historique complet de l'épilepsie ; nous ne ferions d'ailleurs que répéter ce qui se trouve dans les Traités de cette maladie.

Nous citerons brièvement les principaux noms se rattachant à cette étude, dans l'antiquité et aux siècles derniers, pour arriver rapidement à exposer ce que l'on entend aujourd'hui par épilepsie.

Les Anciens, n'ayant pas de centres d'observation, et dépourvus de moyens d'investigation anatomiques et physiologiques, n'ont étudié l'épilepsie qu'au point de vue symptomatique.

On considéra d'abord les épileptiques, comme des maudits à séquestrer (*morbus daemonicus*), comme des malades inviolables (*morbus sacer*). Hippocrate, cependant, protesta (*de morbo sacro*) contre cette idée de mal sacré, et en fit une affection à causes saisissables.

Aritée, Galien, étudièrent l'épilepsie en cliniciens. Alexandre de Tralles l'étudia surtout chez les enfants, Rhazès, Avicenne, avaient entrevu l'épilepsie toxique.

Trois siècles plus tard, Jean Fernel, médecin de

Catherine de Médicis, trace une description célèbre de la grande attaque. — Sennert, dans une vaste compilation, réunit tous les documents épars.

Les anatomistes, Théophile Bonnet, et ses collaborateurs du *Sepulchretum Anatomicum*, firent plus pour la connaissance de l'épilepsie que tous leurs successeurs : Wepfer, Hoffmann, Boerhavre, Van Swieten, le Haën, Burserius, Sauvages, Borden, Barthez, qui se sont contentés de « grossir la collection des Observations d'épilepsie ».

Le livre de Tissot (1771) apprécie la valeur de toutes les conquêtes antérieures.

Au début de ce siècle, la création des services d'épileptiques permit à Pinel, Maisonneuve, de recueillir de nouvelles connaissances, résumées par Portal (1827) et fécondées par Herpin et Delasiauve (1854), qui ajouta aux résultats antérieurs ceux d'une vaste expérience. Mais les chapitres relatifs à l'anatomie et à la physiologie pathologique, à la nature de l'épilepsie, sont encore, dans l'important travail de Delasiauve, d'une pauvreté désespérante.

Lasègue avait donné à l'épilepsie une délimitation restreinte. Pour lui, ni l'alcool, ni le plomb, ni la syphilis, ni même les tumeurs cérébrales, ne provoquent l'épilepsie. L'épilepsie est une maladie de développement qui n'éclate qu'à un âge défini, « qui est, non pas « invraisemblable, mais impossible au delà de vingt ans », qui apparaît « sans avertissement à l'usage des plus habiles », sans aura, qui ne guérit *jamais*, et ne s'acquiert que par deux procédés possibles : ou par un

traumatisme du crâne, ou par une déformation spontanée, survenant au moment de la vie où les os se soudent définitivement. L'épilepsie de l'enfance, ses rapports avec les convulsions, l'épilepsie larvée, les vertiges, la folie épileptique, Lasèque les passe sous silence. Bref, à ses yeux, l'épilepsie avait un domaine des plus restreints et son étude n'était pas compliquée.

La tendance actuelle est de faire rentrer dans l'épilepsie, tout ce que l'on considérait naguère comme des pseudo-épilepsies; ainsi, les convulsions des enfants, l'éclampsie des femmes en couches. Et, de fait, en se laissant guider par l'Observation seule, on arrive à se convaincre que le domaine de l'épilepsie est extrêmement vaste, et que des transitions insensibles permettent de faire rentrer dans l'épilepsie une foule d'états pathologiques.

Une définition scientifique d'un groupe de phénomènes pathologiques aussi complexe que l'épilepsie, est évidemment difficile à donner. Nous n'avons pas qualité pour résoudre une telle question, nous admettons donc, avec le *Dictionnaire des Sciences Médicales*, que :

L'épilepsie est l'ensemble des manifestations, soit d'ordre convulsif, soit d'ordre purement psychique, par lesquelles le système nerveux central trahit par intermittences une modalité anormale de ses éléments intimes, modalité encore inconnue dans son essence, mais plus ou moins susceptible d'être rectifiée, et ayant le plus souvent, pour causes prochaines, des lésions appréciables de l'encéphale, de la moelle ou du sang.

La division des épilepsies en épilepsies idiopathi-

ques, symptomatiques et sympathiques, préjugant de la nature de la maladie, ne nous a pas paru convenir à une étude purement clinique ; à ce point de vue, en effet, de l'aveu de tous les pathologistes, toutes les épilepsies, quelle qu'en soit l'origine, peuvent se ressembler d'une façon absolue. On voit chaque jour l'épilepsie partielle (symptomatique) alterner avec des crises d'épilepsie totale, ressemblant de tous points à l'épilepsie dite essentielle, soit que l'épilepsie totale ait ouvert la scène, soit qu'elle ait fait son apparition après un certain nombre d'attaques partielles ou hémilatérales ; Calmeil, Trousseau ont insisté sur ces transformations.

Dans notre étude, nous choisirons donc comme types, les formes d'épilepsie se différenciant nettement par leur symptomatologie.

Nous commencerons par les manifestations les plus simples, les absences, les vertiges, les secousses, pour aboutir aux formes d'épilepsie accompagnées de troubles mentaux, à la démence épileptique.

Cette division est loin d'être parfaite, car dans une même Observation, nous trouverons plusieurs formes, plusieurs variétés d'accès, et d'ailleurs, nous n'aurons pas montré toutes les manifestations de l'épilepsie, qui sont en nombre infini ; entre les types que nous avons choisis, on pourrait en placer beaucoup d'autres.

Cependant nous nous sommes arrêté à cette division, espérant montrer par la succession des différentes manifestations de la maladie, non pas l'unité de l'épilepsie, mais du moins l'analogie frappante des différents cas.

Si, entre l'absence épileptique qui a la durée d'un éclair, qui passe si souvent inaperçue et du malade et de ceux qui l'entourent, et la grande attaque comitiale avec les cris, les convulsions qui l'accompagnent, il semble y avoir une grande distance, nous verrons que ces diverses manifestations peuvent se rencontrer toutes ou à peu près souvent réunies chez un même malade.

Nous essaierons également de montrer leur succession par ordre de gravité chez un épileptique, nous donnant en quelque sorte un tableau de la marche de la maladie, qui ne sera sans doute pas identique, dans tous les cas, l'épilepsie étant une maladie essentiellement variable dans ses manifestations, mais qui aura l'avantage de nous fournir en quelque sorte la synthèse de notre travail.

ABSENCE ÉPILEPTIQUE

L'absence est le moindre degré de l'épilepsie. Les symptômes qui caractérisent les absences ont été parfaitement décrits par Calmeil. Mercurialis, et plus tard Tissot et Portal ont cité des faits dans lesquels les convulsions étaient nulles ou trop faibles pour être constatées.

Le malade est, pendant une ou quelques secondes, subitement privé de connaissance. S'il cause, il met brusquement fin à son entretien; s'il écoute, il cesse de prêter attention à celui qui parle; s'il marche, il s'arrête inopinément.

Herpin, dans son Traité des accès incomplets de l'épilepsie, cite des épileptiques ayant des absences, et donnant eux-mêmes la description de leur état. L'un d'eux dit : « Pour moi, c'est un profond sommeil, sans « rêve, sans aucune pensée, et dont je ne m'aperçois « que quand il est passé. »

Un autre : « C'est une lacune dans l'existence de « l'être pensant. »

Cette interruption échappe le plus souvent à celui

qui l'éprouve, et est difficile à remarquer pour un observateur non prévenu; on s'en aperçoit cependant à la fixité du regard, à l'étonnement des traits et même à la pâleur insolite du visage.

Ces absences se remarquent surtout lorsque le malade, tenant un objet à la main, le laisse tomber à terre.

S'aperçoit-on de ces absences, on y attache peu d'importance et on les met sur le compte d'un évanouissement, d'un étourdissement passager, d'une lypothymie, d'une poussée congestive à la tête ou d'une anémie cérébrale.

Dans beaucoup de cas, l'absence est précédée ou suivie d'un engourdissement cérébral qui indique la crise à l'épileptique et persiste longtemps après elle. Cette complication devient inquiétante, lorsque le nombre des absences est considérable.

Cette affection, du reste, quoique peu importante en apparence, peut cependant avoir les plus graves conséquences pour le sujet qui en est atteint. Indépendamment de la maladie elle-même qui peut s'aggraver et se transformer en grande attaque d'épilepsie, comme notre malade en a du reste présenté un exemple, il peut se produire par le fait seul de l'absence, que le malade tombe d'un lieu élevé, se brûle ou se noie involontairement.

Ce sont des gens atteints de cette forme d'épilepsie, qu'on a vu déboutonner leurs vêtements, exhiber leurs organes génitaux. Trousseau cite un avocat urinant en pleine séance, et reprenant l'audience interrompue.

OBSERVATION I.

Eck, Jacques, entré à Bicêtre le 11 septembre 1891 (service de M. Bourneville), né à Dinsheim, le 11 décembre 1875.

Le *père* de notre malade, âgé de 44 ans, charretier, fait des excès de boisson, mais ne présente, malgré cela, aucun signe manifeste d'alcoolisme. Il est, du reste, bien constitué, et est très fort.

Le grand-père paternel, mort à 75 ans, faisait aussi de fréquents excès de boisson ; la grand'mère, morte à 77 ans, souffrait depuis longtemps d'une maladie d'estomac. Une tante paternelle, morte à 73 ans, était atteinte d'hémiplégie.

La *mère*, âgée de 37 ans, ménagère, n'a jamais été malade. Elle est d'un caractère un peu vif mais n'a jamais eu de crises de nerfs. Le grand-père et la grand'mère maternelle morts, l'un à 69 ans, l'autre à 68 ans, étaient tous deux rhumatisants. Une sœur de la mère, âgée de 34 ans, a des *crises nerveuses* (grands mouvements, contorsions) qui semblent être des attaques d'hystéro-épilepsie.

Pas de consanguinité.

Notre malade a neuf frères qui sont bien portants : l'aîné, toutefois, âgé de 18 ans, est buveur et a quitté ses parents ; le quatrième se serait plusieurs fois « trouvé mal », mais sans convulsions.

Pendant sa grossesse, au troisième mois, la mère de notre malade se serait « trouvée mal » trois fois, mais ne s'est pas débattue : elle est simplement tombée à terre et est restée sans connaissance environ un quart d'heure. Elle ne présenta rien de plus durant sa grossesse. L'accouchement fut naturel et à terme. L'enfant était bien vivant et vigoureux. Il fut allaité au sein de la mère jusqu'à l'âge de 14 mois, et, sauf la rougeole qu'il eut

à 3 ans, il ne présenta rien de particulier jusqu'à l'âge de 5 ans. Il était bien portant, intelligent.

A cette époque, il eut la fièvre typhoïde en même temps que trois de ses frères ; cette fièvre typhoïde dura trois mois. Soigné à Trousseau, il eut une rechute et délira tout le temps que dura sa maladie. Il sortit de l'hôpital en pleine connaissance, mais pendant sa convalescence, on s'aperçut qu'il était comme idiot : il chantait, riait sans raison ; il eut aussi des troubles de la vue.

Jusqu'à l'âge de 13 ans 1/2, il n'eut jamais de crises convulsives d'aucune sorte ; après sa fièvre typhoïde, on remarqua cependant qu'il avait fréquemment de l'incontinence d'urine pendant la nuit ; à cette époque, on lui fit l'incision au bistouri d'un abcès dentaire, et, à la vue du sang, il perdit connaissance pendant dix minutes. C'est à cette peur que l'enfant et ses parents attribuent les accidents qui suivirent.

Description des absences. — Quoi qu'il en soit, à partir de cette époque, l'enfant eut souvent des absences. Etant en train de travailler, il devient fixe tout d'un coup, laisse tomber ses bras, immobiles, abandonnant ce qu'il tient à la main ; il reste un instant immobile, ne faisant pas attention à ce qui se passe autour de lui, et reprend son travail commencé, sans s'apercevoir de ce qui lui est arrivé.

Ces absences duraient environ 2 ou 3 minutes ; il en avait en moyenne 7 à 8 par jour ; on conduit le malade à la Salpêtrière, où on lui ordonne du bromure de potassium qui ne réussit pas à calmer ses crises.

Amené à Bicêtre le 11 septembre 1891, l'enfant a la physiologie intelligente, et est normalement conformé. Son intelligence et sa mémoire sont suffisantes, et jusqu'au mois de décembre 1891, on constate quelques absences semblables à celle que nous avons déjà citée.

L'enfant est soumis au traitement bromuré. Mais à cette époque, il est pris alors d'un véritable *accès épileptique* : étant à

l'atelier il est tombé, a eu des convulsions toniques et chroniques, de l'écume aux lèvres et du ronflement consécutif.

Cet accès a été très court, mais néanmoins assez complet pour démontrer qu'il s'agit réellement d'épilepsie.

Depuis cette époque, le malade, envoyé régulièrement aux douches, n'a pas eu d'autre accès franc d'épilepsie ; ses étourdissements ont d'ailleurs continué, quoique diminuant de fréquence.

L'enfant, réclamé par sa famille, sort de Bicêtre au mois de mai 1892, et aujourd'hui, l'ayant fait demander avec son père, celui-ci nous a déclaré que son fils n'avait plus guère d'absence qu'une fois environ tous les mois.

Nous avons choisi cette Observation comme exemple d'*absence épileptique* ; l'accès d'épilepsie est venu confirmer le diagnostic, et nous croyons pouvoir considérer ce malade comme étant atteint de ce degré le plus léger d'épilepsie.

Cette Observation nous montre, d'autre part, une amélioration notable survenue chez un épileptique, mais on ne doit pas considérer la guérison comme parfaite ; car il reste encore quelques « étourdissements », à intervalles éloignés, et à cette période d'accalmie peut succéder rapidement une nouvelle période d'agitation plus grave que la première. L'épilepsie est essentiellement chronique, il ne faut pas l'oublier, et il n'est pas permis de considérer comme guéri un malade amélioré depuis quelques mois seulement.

Voici un nouvel exemple d'absences épileptiques :

OBSERVATION II.

An ..., Henry, entré à Bicêtre le 14 mai 1891 (service de M. Bourneville), est né à Commercy, le 28 mars 1877.

Notre malade, étant enfant naturel, nous n'avons aucun renseignement sur son *père*, si ce n'est qu'il était militaire, et d'une bonne santé apparente.

La *mère*, couturière, est morte à l'âge de 27 ans, en 1882, de la variole. Elle n'avait eu, jusque-là, « jamais une heure de maladie ». Elle était intelligente et point nerveuse.

Le grand-père de notre malade est mort à 56 ans, d'une gastrite alcoolique ; c'était un alcoolique renforcé, abusant de l'eau-de-vie de marc ; il était très violent.

La grand'mère est morte à 51 ans, d'une bronchite.

On ne trouve, dans toute la famille, aucun idiot, épileptique, aliéné ou suicidé.

Pas de consanguinité.

Pendant sa grossesse, la mère de notre malade, très ennuyée, travaillait beaucoup, passait les nuits, recevait même des coups. L'accouchement eut lieu toutefois à terme, et fut naturel ; il n'y eut pas d'albuminurie. L'enfant respirait bien à la naissance et était très gros.

L'enfant est élevé au sein par sa mère, il est fort et bien portant, n'a jamais eu de convulsions.

Jusqu'à l'âge de 6 ans, époque à laquelle sa mère mourut, l'enfant était comme ceux de son âge, intelligent et bien portant.

A la mort de sa mère, recueilli par une tante, il est envoyé à l'école, et apprend comme les autres enfants ; il n'est jamais malade.

A l'âge de 12 ans, il a une fièvre typhoïde grave, avec une

rechute, et c'est à la fin de cette rechute qu'il aurait eu sa première *crise d'épilepsie*.

Etant au lit, sans pousser de cri, il renversa sa tête en arrière, sans se débattre et, immédiatement, il fut dans un état de rigidité absolue de tout le corps ; ces convulsions toniques généralisées auraient été aussi fortes d'un côté que de l'autre. Le malade avait de l'écume aux lèvres ; il n'y eut pas de stertor ; les convulsions auraient duré cinq minutes. Cette description de l'attaque nous est faite par la tante du malade qui le soignait.

Le deuxième accès ne se produisit qu'au bout d'un an ; il aurait eu les mêmes caractères que le premier, et serait survenu sans cause connue.

Depuis ce moment, les crises se sont reproduites jusqu'à deux fois dans la même semaine, cessant quelquefois pendant un mois.

Les premiers accès étaient nocturnes ; ils devinrent bientôt diurnes, et s'accompagnaient de selles involontaires ; de plus, aux convulsions toniques qui existaient d'abord seules, s'ajoutèrent des convulsions cloniques et du stertor. A la suite de l'attaque, l'enfant gardait un peu d'hébétément, d'abrutissement, qui ne disparaissait qu'après quelques heures de sommeil.

D'une façon générale, son intelligence n'avait cependant pas été atteinte ; la mémoire seule avait un peu diminué.

Outre ces grandes crises, depuis quelque temps la tante du malade a remarqué que parfois il a comme des vertiges, « *se mettant à courir* » de toutes ses forces, sans savoir pourquoi ». Il lui est arrivé souvent de laisser tomber un objet qu'il avait à la main, et sans s'en apercevoir.

L'enfant, ne pouvant trouver à se placer à cause de ses attaques épileptiques, est amené à Bicêtre le 14 mai 1891.

Il a une physionomie éveillée, intelligente, le visage est coloré ; l'état général paraît excellent. La conformation est normale en tous points, sauf un léger varicocèle à gauche.

La sensibilité est normale et égale des deux côtés du corps ; le champ visuel est normal, il n'y a pas de dyschromatopsie ; la réaction pupillaire est normale ; de même, les réflexes tendineux.

Le traitement hydrothérapique est commencé dès l'arrivée du malade ; on observe des accès franchement épileptiques, mais le malade tombe bien moins souvent qu'avant son entrée ; pendant toute l'année 1891, en effet, on ne trouve qu'un accès par mois ; encore, le mois d'octobre, il n'en a pas eu.

Quelques absences sont notées aux mois de mai et de décembre 1891 ; on les trouve plus nombreux en 1892 ; mais, comme nous l'avons déjà dit, ces absences sont des phénomènes qui échappent souvent à l'observation et dont on ne s'aperçoit guère que lorsqu'on parle avec le malade ou qu'on le surveille dans le but de découvrir ces manifestations épileptiques.

Description des absences. — Ayant fait venir le malade plusieurs fois pour l'examiner, nous avons pu constater nous-mêmes des absences. Un jour, en particulier, il eut devant nous des absences en quelque sorte subintrantes ; lui ayant posé une question, il y répond, puis, à une autre question, il nous regarde fixement, les yeux largement ouverts, la face devenue pâle tout à coup, puis après quelques battements de paupières, il reprend son aspect habituel, le tout ayant duré quelques secondes. Il n'a, du reste, pas entendu la question que nous lui adressions ; nous la lui renouvelons, et il répond alors nettement. Pendant dix minutes environ, cette sorte d'absence se renouvelle cinq fois, et lorsque le malade nous quitta, il répondait avec difficulté aux questions posées et semblait dans un état de lassitude très prononcé.

Le malade ne s'aperçoit pas de ces absences lorsqu'elles sont aussi peu prononcées que celles que nous venons de décrire ; mais il en a souvent d'autres dont il se rend compte et qui se rapprochent du vertige.

Il a alors des secousses dans la tête et les bras et il s'assoit brusquement ou s'appuie contre un mur ou sur un meuble, et il ne lui en reste que le « souvenir d'un vertige ». Il ne s'est, du reste, jamais fait mal en tombant, car il a toujours le temps de s'asseoir ou de se maintenir contre quelque chose.

Les secousses des bras sont assez spéciales et ont toujours lieu de la même manière : les avant-bras placés au-devant de la poitrine et les bras écartés du corps, il fait des mouvements semblables à ceux que produit un oiseau avec ses ailes.

Il a ces petits accidents tous les jours, et surtout dans la matinée, en se levant ; depuis quelque temps, il en a moins souvent.

Pendant la nuit, il a souvent des cauchemars, des visions, il voit surtout des éclairs qui le réveillent brusquement.

Dans les grands accès, la perte de connaissance n'a pas lieu au début ; le malade n'a pas d'aura, mais s'aperçoit des premières convulsions. « J'ai des secousses dans les bras et dans la tête, dit-il, et je m'assois ou je me couche à terre, en criant : je tombe, je tombe. »

Malgré ses absences répétées, le malade conserve son état mental à peu près intact. Il apprend assez facilement, comprend bien ; sa mémoire, seule, est assez défectueuse.

VERTIGES

Nous appliquerons, avec Delasiauve, le terme de vertige à tous les cas dans lesquels, à une perte momentanée de connaissance, ou, si l'on veut, à des absences plus ou moins durables, viennent s'unir des convulsions légères, rapides, et généralement très partielles.

Les convulsions toniques ou cloniques, leur localisation, leur durée, feront qu'il se présentera dans les vertiges, des variétés très nombreuses.

Dans le vertige épileptique, il peut y avoir chute, mais cette chute n'a ni l'origine, ni la gravité de celle à laquelle donne lieu la grande attaque. Le vertigineux ne chancelle et ne tombe que parce que l'équilibre lui fait défaut. Souvent, du reste, il prévient la chute en s'asseyant machinalement, ou en s'appuyant contre le mur ou contre les meubles.

La perte de connaissance, dans le vertige épileptique est constante ; le malade ne s'aperçoit pas de ce qui se passe autour de lui ; et on ne peut, par aucun moyen, appeler son attention ; ni la vue, ni l'ouïe, ni l'odorat, ne peuvent être impressionnés. Il est vrai que

dans certains cas, même assez nombreux, il est difficile de faire ces constatations, l'éclipse intellectuelle, comme on l'a appelée, étant de trop peu de durée, mais elle n'en existe pas moins ; et, si les malades se souviennent du vertige passé, ce sont plutôt les indices précurseurs qui peuvent exister, même dans les vertiges, qui ont frappé leur mémoire, que les actes accomplis pendant leur accès, dont ils ne conservent jamais le souvenir.

Pourrait-on, à la constatation d'un vertige chez un sujet, faire le diagnostic d'épilepsie ? La chose n'est certes pas facile, d'autant plus que, comme nous le disions plus haut, le phénomène est bien rapide.

Cependant, dans le cas des vertiges goutteux, rhumatismaux, gastriques, oculaires, décrits par Lasèque, il n'y a pas de perte de connaissance.

Le vertige de Ménière est d'autant plus difficile à différencier du vertige épileptique, qu'ils peuvent exister dans les cas d'épilepsie auriculaire. Dans la maladie de Ménière, il est vrai, la perte de connaissance complète est exceptionnelle, mais elle peut exister (Lancereaux-Charcot) ; en outre, l'étourdissement persiste pendant des heures, des jours et des semaines entières, il y a des vomissements habituels et les paroxysmes sont souvent occasionnés par des mouvements soudains de la tête ; le malade éprouve une sensation de translation du corps, d'avant en arrière, ou d'arrière en avant, ou de rotation, ou de culbute ; il se sent parfois enlevé dans les airs. Enfin, l'épreuve thérapeutique pourrait faire déceler la maladie de Ménière, la quinine à haute dose y ayant une remarquable efficacité.

Dans le vertige laryngé, il peut survenir de la perte de connaissance subite avec chute, convulsions, émission involontaire d'urine ; mais il y a toujours avant l'attaque, une sensation de chatouillement au-dessous du larynx, et des accès de toux quinteuse et spasmodique. Enfin, la disparition de la cause, quand elle est accessible (polype du larynx), entraîne la disparition des accès.

Malgré ces signes distinctifs, le vertige épileptique n'est pas chose facile à stigmatiser, et c'est surtout par l'étude des autres manifestations concomitantes de la maladie, par les antécédents ou les aboutissants, qu'on pourra arriver à un diagnostic certain.

Le pronostic de cette manifestation épileptique sera évidemment variable avec la fréquence des accidents ; comme les absences, les vertiges laissent après eux une fatigue intellectuelle, qui, si elle se répète souvent, peut amener à la démence. Les chutes que font les vertigineux, en général, ne sont pas dangereuses, car elles ne sont pas brusques ; encore cela dépend-il naturellement du lieu où se trouve le malade.

Nous rappellerons, en nous appuyant sur les auteurs et sur les remarques que nous a faites M. Bourneville, que : les vertiges constituent parfois, durant longtemps, la seule manifestation épileptique ; d'autres fois, ils se montrent comme indices avant-coureurs des grands accès ; ils peuvent survenir par séries, et même constituer un véritable état de mal vertigineux.

Ces vertiges, aussi souvent répétés, paraissent exercer une influence en quelque sorte plus néfaste sur l'intelligence, que les grands accès.

OBSERVATION III.

Ma..., Auguste, 16 ans, entré à Bicêtre le 18 septembre 1890, né le 15 décembre 1876, à Paris.

Le père de notre malade, employé de chemin de fer, est mort à l'âge de 55 ans, d'un cancer stomacal ; il était *très nerveux*, s'emportant facilement ; il était, d'ailleurs, très sobre. Il aurait uriné au lit jusqu'à l'âge de 18 ans. Il a eu les fièvres paludéennes, qu'il aurait contractées en Corse. La grand'mère paternelle, très nerveuse, serait morte phthisique, à l'âge de 44 ans.

Un frère aîné, « un vrai ours, origin. I, *méchant* », est mort de cancer stomacal ; un frère, plus jeune, vivant, est d'un tempérament *très nerveux*.

La mère de notre malade, âgée de 53 ans, qui nous donne des renseignements sur sa famille, se plaint de douleurs rhumatismales ; elle est très grosse, emphysémateuse. — Son père, mort à l'âge de 44 ans, d'une fluxion de poitrine, buvait beaucoup. Sa mère, morte à 75 ans, n'était pas nerveuse.

En somme, pas d'aliénés, pas d'idiots ni d'épileptiques, dans la famille du père ou de la mère.

Notre malade a 8 frères ou sœurs, parmi lesquels : une fille, âgée de 27 ans, très nerveuse, est probablement hystérique. « Elle a des idées bizarres, se plaint qu'on lui jette de l'eau à la « figure, etc..., a peur des hommes ». Nous apprenons, plus tard, qu'elle est à la Salpêtrière, où elle est atteinte d'*hystérie* avec hypochondrie et mélancolie.

Un garçon, âgé de 20 ans, est *sombre*, taciturne, très méchant, est atteint d'une affection gastrique.

Une fille, morte tuberculeuse, a eu des *convulsions* depuis son enfance jusqu'à l'âge de 12 ans ; à 18 ans, il fallait encore l'habiller comme une petite enfant.

Les autres enfants sont morts tous jeunes, on ne sait de quoi.

Notre malade est jumeau (l'autre jumeau est mort à 22 mois). La grossesse de la mère a été normale ; l'accouchement se fit à terme et, naturellement, sans chloroforme ; notre malade vint le second, et était asphyxié à la naissance. Il a été élevé au biberon (lait de vache). Il a mis ses dents d'une façon normale, n'a pas eu de convulsions. Il a marché et parlé à l'âge habituel, mais il a *uriné au lit* jusqu'à l'âge de 10 ans.

C'est à cet âge qu'ont commencé ses *vertiges*. Tout à coup, il ne voit plus rien, n'entend plus et se tient *raide* ; s'il est baissé, il se redresse brusquement ; il lève les yeux en l'air, et c'est fini ; le tout, ayant duré quelques secondes.

Il se souvient qu'il a eu un vertige, et cela le prend plusieurs fois par jour, d'autant plus souvent, dit-il, qu'il fixe davantage son esprit.

Mis à l'école, il apprenait avec facilité, mais il devenait méchant et on le congédia ; sa mère, ne pouvant le laisser chez elle, le mit en place, mais on ne voulut pas le garder à cause de ses vertiges. Conduit alors à Ste-Anne, il y resta du 1^{er} avril au 18 septembre, époque à laquelle il rentre à Bicêtre.

Il n'est jamais tombé et n'a jamais eu de convulsions, au moins apparentes ; mais ses vertiges suffisent pour qu'il ne puisse pas s'occuper.

A son arrivée à Bicêtre, c'est un garçon de taille élevée, à la physionomie agréable, ayant toutes les apparences de la santé. La face est légèrement asymétrique, le côté gauche paraît un peu moins développé que le côté droit ; le nez est légèrement dévié à gauche.

Il est atteint de myopie à un degré notable, mais ne présente aucun autre trouble de la vision ; la réaction papillaire est normale.

A part cela, la conformation est absolument normale ; la sensibilité ne présente rien d'anormal, sauf, cependant, une analgésie très évidente ; on peut lui porter les coups les plus violents, cela

ne fait qu'exciter son hilarité, et il joue avec ses camarades, se faisant frapper par plaisir.

L'intelligence paraît assez développée, mais l'attention est difficilement soutenue ; il raisonne comme un enfant beaucoup plus jeune que lui.

Ses vertiges se renouvellent très fréquemment ; nous en trouvons un certain nombre dans le tableau ci-joint, et encore faudrait-il augmenter considérablement ces chiffres, car il est impossible d'observer tous les cas, leur durée étant trop courte, et les phénomènes extérieurs trop peu évidents. Ils ont toujours le même caractère que les premiers : c'est-à-dire la perte brusque de toute connaissance avec la rigidité de tout le corps, et les mouvements d'élévation des yeux, qui sont, en somme, un commencement de convulsions cloniques.

Outre les douches que l'enfant prend d'une façon irrégulière, à cause de sa toux persistante, on lui administre des capsules de bromure de *camphre*, qui donnerait de meilleurs résultats que les autres bromures, lorsqu'il s'agit de vertiges.

En mars-avril 1891, le malade est tombé 3 fois, a eu de véritables accès d'épilepsie avec tous leurs caractères, cri, chute, convulsions toniques puis cloniques, enfin stertor.

On supprima les douches, le sommet du poumon droit du malade étant fort suspect de tuberculose. La mère de l'enfant étant venue le réclamer, pour le placer chez un boulanger, on lui fait comprendre les inconvénients du feu pour son enfant ; elle le place, d'ailleurs, chez un fleuriste, pour faire les courses, mais il ne peut y rester à cause de ses vertiges continuels, et sa mère le ramène à Bicêtre, le 26 juillet 1892.

Le malade a encore des vertiges très nombreux ; il reste quelquefois 5 ou 6 jours sans en avoir, mais d'autres fois, il en a 7 ou 8 dans la journée.

Ses vertiges ont, du reste, un peu changé de forme ; dans les premiers, le malade ne tombait pas à terre et ses crises ressem-

blaient beaucoup à des absences simples, comme nous en avons décrit précédemment ; aujourd'hui, lorsque le malade est pris d'un vertige, il tombe assez brusquement, ayant toutefois le temps de se protéger avec les mains, ou encore de s'asseoir, ou de se mettre à genoux.

Tableau des Accès

MOIS	1890		1891		1892	
	Accès	Vertiges	Accès	Vertiges	Accès	Vertiges
Janvier.....				33		2
Février.....				13		
Mars.....			2	13		
Avril.....			1	16		
Mai.....				3	1	
Juin.....						7
Juillet.....						10
Août.....			1			4
Septembre.....		13				
Octobre.....		36				
Novembre.....		17				9
Décembre.....		39				2

Malgré ses vertiges toujours assez nombreux, il est intelligent, et est employé comme imprimeur.

OBSERVATION IV.

Th..., Michel, 14 ans, entré à Bicêtre, le 18 septembre 1890, né à Malicorne (Sarthe), le 2 janvier 1876.

Le père, âgé de 45 ans, chauffeur, a eu plusieurs accès de fièvre intermittente qu'il avait contractés en Italie, en 1867. Il

n'a jamais eu de convulsions, jamais de maladies vénériennes (syphilis), est d'un caractère doux, tranquille. Son frère, âgé de 52 ans, serait très nerveux, *hypochondriaque*. On ne trouve, d'ailleurs, dans la famille du père, ni alcooliques, ni suicidés, ni aliénés ; il n'y a pas d'idiots ni d'épileptiques.

La mère est morte en 1886, d'accidents puerpéraux, à l'âge de 34 ans. Elle n'a jamais eu d'autre maladie que celle qui occasionna sa mort ; elle était d'un caractère doux, tranquille.

Le grand-père maternel serait mort à 33 ans « comme idiot ». Un oncle était atteint d'hémiplégie consécutive à une apoplexie cérébrale ; sa fille a des *attaques comitiales* depuis une vingtaine d'années.

Notre malade a deux frères : le premier, âgé de 18 ans, est cryptorchide. Il est mou, peu travailleur et d'une intelligence médiocre. Il est atteint d'otite chronique. Le second, âgé de 12 ans, est atteint de syndactylie des orteils des deux côtés ; à l'âge de 3 ans, il a eu des convulsions généralisées qui durèrent deux jours. Il paraît atteint d'hydrocéphalie et a, comme son frère, de l'otite chronique.

La mère de notre malade a eu une grossesse normale ; cependant, vers le 4^e mois, elle eut une peur violente à la vue d'une girafe dans une ménagerie ; elle perdit connaissance pendant 7 à 8 minutes.

L'accouchement naturel se fit à terme ; l'enfant, bien vivant, avait de la syndactylie de l'index et du médius gauches. Il fut élevé au sein par sa mère, d'abord, puis par une nourrice. Il parlait à 18 mois, et marchait à 2 ans. Vers l'âge de 3 ans, il a eu la rougeole.

C'est à cette époque qu'il eut pour la première fois des *convulsions* ayant duré 7 à 8 minutes.

La deuxième crise convulsive se produisit à l'âge de 5 ans, le père attribuant les convulsions à ce que l'enfant avait vu sa mère morte : pendant la nuit qui suivit la crise, l'enfant voyait sa

mère et l'appelait. Cette crise dura 5 à 6 minutes, et les convulsions étaient surtout marquées à gauche.

Depuis cet âge, jusqu'au moment où il rentre à Bicêtre, c'est-à-dire dans l'intervalle de 9 années, il n'aurait eu qu'une quinzaine de crises convulsives qui, d'après les renseignements du père, étaient bien de l'épilepsie. Subitement, sans prodromes, il est pris d'un tremblement de tous les membres et tombe à terre dans la résolution (convulsions toniques), puis après des convulsions violentes (convulsions cloniques), il se met à ronfler (stertor). Il y avait, en même temps, miction involontaire et morsure à la langue.

L'enfant était devenu méchant, paresseux, kleptomane ; c'est pourquoi le père se décide à l'amener à Bicêtre.

À son arrivée, l'enfant a toutes les apparences de la santé, sauf une otorrhée chronique du côté gauche.

Sa conformation est normale, sauf la syndactylie dont nous avons déjà fait mention ; on constate de plus l'absence du testicule droit. Il aurait aussi un peu d'asymétrie faciale et crânienne.

Il a la physionomie éveillée, intelligente, et est très actif ; mais il est indocile, et méchant avec ses camarades.

Durant les trois derniers mois de l'année 1890, on constata chez le malade deux grandes attaques d'épilepsie ; en 1891, pendant les premiers mois, encore quelques grandes attaques, comme le constate, du reste, le tableau.

Mais on n'avait encore jamais remarqué de *vertiges* : le premier observé date du mois de juin 1891.

Le malade jouait à cache-cache avec un camarade ; l'ayant rencontré, il le poursuit, puis tout à coup il s'arrête, s'assoit à terre, et son camarade revenu vers lui le trouve le regard fixe, et ne répondant pas d'abord à sa question. Il se relève bientôt et continue à jouer.

Depuis ce jour, les vertiges sont observés en grand nombre :

le malade n'est pas prévenu du vertige ; il dit cependant qu'il a très chaud lorsque le vertige le prend.

Il a ses vertiges, surtout le matin, en se levant ; il tombe contre son lit, assis, et ses mains se portent en arrière pour se maintenir.

Il a quelquefois des vertiges subintrants, 3 ou 6 vertiges se succédant avec un intervalle de quelques minutes. Il exerce le métier de cordonnier, et il lui est arrivé plusieurs fois de se piquer avec son aiguille, ou même de se couper avec son tranchet.

Après son vertige, il entre quelquefois dans une colère furieuse et cherche à faire du mal à ses camarades ; lorsqu'on lui fait des observations à ce sujet, il dit que c'est malgré lui qu'il agit de la sorte.

Il est traité pour ses vertiges par le bromure de *camphre* qui paraît donner les meilleurs résultats pour les cas de ce genre.

Les grandes attaques d'épilepsie se renouvellent tous les mois à peu près et ne présentent rien de particulier à noter : ce sont des attaques complètes.

Les vertiges sont toujours nombreux, et il y a beaucoup à craindre pour l'intelligence du malade, dont la mémoire commence à diminuer beaucoup.

Tableau des Accès

MOIS	1890		1891		1892	
	Accès	Vertiges	Accès	Vertiges	Accès	Vertiges
Janvier.....			3		1	5
Février.....			1		2	13
Mars.....			1		2	2
Avril.....			1		1	4
Mai.....			2	19	1	6
Juin.....			3	32		2
Juillet.....			1	11	1	
Août.....			1	2		10
Septembre.....			3			
Octobre.....	2		3	2	2	1
Novembre.....			6	9	3	3
Décembre.....						

OBSERVATION V.

Bou..., 15 ans, entré le 17 octobre 1892, né Cransac (Aveyron), le 23 mars 1877.

Le père, ouvrier mineur, mort à 37 ans d'une gastrite *alcoolique*. Il buvait beaucoup de vin, « avait beaucoup fait la noce » ; c'était un homme des plus robustes et des plus vigoureux, et d'un caractère très violent et très emporté.

Dans toute la famille du père, on n'a jamais entendu dire qu'il y ait eu quoique ce soit en fait de maladie nerveuse.

La mère, âgée de 33 ans, « n'a jamais rien eu, mais rien de rien », comme maladie. Elle est d'un caractère vif, très impressionnable.

La famille de la mère, comme celle du père, se compose de personnes toutes fortes et bien constituées, sans aucune tare nerveuse.

Pas de consanguinité du père et de la mère.

Après une grossesse sans accidents, l'accouchement se fit à terme, sans fers ni chloroforme ; l'enfant respirait bien à la naissance.

Elevé au sein jusqu'à 15 mois, l'enfant s'est toujours bien porté jusqu'à l'âge de 5 ans. A cette époque, il a eu des *convulsions* que l'on a attribuées aux vers, et qui lui auraient laissé une paralysie presque totale de la langue ; jusqu'à l'âge de 8 ans, il ne pouvait que bégayer des mots que l'on ne comprenait pas.

A part cela, il se portait très bien, et il ne paraît pas avoir eu d'accidents épileptiques d'aucune sorte. Envoyé à l'école, il se montra fort intelligent.

Il était âgé de 13 ans, lorsqu'il reçut un coup de pied de cheval qui l'atteignit dans le dos. Projeté contre la muraille, il tomba sur la région pariétale gauche. Il ne put se relever seul, il était évanoui. Il n'eut pas de plaie de la tête, pas de saignement du nez ni d'oreilles, mais il aurait eu une *ecchymose conjonctivale*, et il se plaignait beaucoup de la tête.

Le lendemain de son accident, il eut une crise convulsive d'une demi-heure, et quatre jours plus tard, une nouvelle crise ayant duré dix minutes.

Depuis ce moment, il aurait des crises très fréquentes, en moyenne deux par semaine.

Ces temps derniers, il en avait jusqu'à trois ou quatre par jour. Après son accès, « son intelligence disparaissait complètement », nous dit-on. Il paraissait détraqué, idiot. Il avait des colères furieuses, et menaçait de se suicider.

Il avait aussi des étourdissements, des vertiges, qui le prenaient jusqu'à dix fois dans la même journée. Il ne tombait pas, se retenant contre quelque meuble, devenait pâle, tournait les yeux, et c'était fini. Mais à la suite de ces petits accès, il restait « comme idiot ».

Il y a deux mois et demi, on l'avait fait entrer à la Salpêtrière,

d'où il a été envoyé à Bicêtre « en raison de la perturbation intellectuelle qui accompagne les attaques », dit son certificat d'entrée.

A son arrivée, l'enfant a l'air quelque peu étrange ; son visage est empreint de tristesse, son regard fixe.

La forme de la tête est carrée, il y a un léger degré de plagio-céphalie, la bosse frontale est déprimée, la bosse pariétale gauche est plus accentuée que la droite, on ne trouve plus trace des fontanelles. Sur la bosse pariétale droite existe une cicatrice irrégulière longue de trois centimètres, qui témoigne de l'accident survenu au malade.

Les pupilles sont égales, et réagissent bien à la lumière et à la distance ; pas de rétrécissement du champ visuel, pas de dyschromatopsie.

Les membres sont régulièrement conformés, de même que le corps tout entier, et l'enfant est de force moyenne.

La sensibilité est normale dans toutes ses modalités : contact, température, douleur, et est égale des deux côtés du corps.

Au point de vue intellectuel, l'enfant ne paraît pas avoir été atteint par sa maladie ; la mémoire est bien conservée, la réflexion et l'attention sont normales. Il répond bien aux questions qu'on lui adresse, mais a toujours un peu de bégaiement.

Le jour de son arrivée, au moment de son admission, il est pris d'un *vertige*.

Il était debout, causant tranquillement, lorsque subitement, il pâlit et se mit à tourner sur lui-même de gauche à droite, les yeux portés du même côté que celui sur lequel il effectuait son mouvement de rotation, qui a bien duré dix secondes ; il se mit ensuite à chanceler, et voulant marcher droit devant lui, il fut obligé de se tenir aux meubles, titubant comme un homme ivre ; il essayait d'enfoncer sa main droite jusqu'au fond de sa gorge, paraissant vouloir arracher quelque chose qui le gênait ; ses yeux étaient fixes, sa face marbrée de plaques violacées.

Toute la crise a duré une minute environ, puis, l'enfant étant revenu à lui, a conservé pendant un quart d'heure environ, un air hébété et un bégaiement beaucoup plus accentué que celui qu'il avait montré d'abord.

Après sa crise, ayant demandé à l'enfant s'il souffrait de la gorge ou de l'estomac, pour se porter ainsi la main à la bouche : Oui, répond-il, « je sens me remonter comme une mauvaise pensée ». Il ne donne pas d'autre explication. D'ailleurs, en dehors de ses aises, il ne souffre pas de la gorge ni de l'estomac, se porte très bien.

Il a des vertiges presque tous les jours, mais tous ne ressemblent pas à celui que nous venons de décrire. D'ordinaire, il ne tourne pas, a le temps de s'asseoir ou de se maintenir contre un mur ou un meuble.

Outre les vertiges, le malade a eu des accès épileptiques francs avant de rentrer à Bicêtre, mais nous n'en avons pas la description.

Depuis son entrée, du 17 au 30 octobre, il a eu huit accès, qui sont bien, évidemment, de grandes attaques d'épilepsie.

Le malade tombe subitement ; les convulsions sont générales, pas de prédominance des convulsions d'un côté plus que l'autre.

Il a eu encore cinq accès au mois de novembre, semblables aux autres.

Le vertige que nous avons constaté chez ce malade est bien une manifestation épileptique ; le geste qu'il fait pour saisir quelque chose dans sa gorge, pourrait d'abord faire penser à un vertige laryngé, mais, dans ce cas, en dehors des accès, il manifesterait quelque douleur, quelque gêne à la gorge, au larynx ; il aurait quelques quintes de toux ; de plus, l'examen laryngé n'a rien découvert.

Du reste, les grands accès d'épilepsie qu'il a montrés, sont une preuve qu'il s'agit bien de cette maladie.

Cette épilepsie constatée, quelle en est la cause ? Est-elle la suite de l'accident survenu à l'enfant, du traumatisme, ou au contraire, cet accident n'est-il qu'une occasion ayant révélé la maladie qui ne serait que la suite des convulsions observées dans le jeune âge du malade ?

SECOUSSES

Les secousses que nous avons observées chez notre malade peuvent être considérées comme constituant le premier degré des épilepsies convulsives, au même titre que les absences constituent le premier degré des épilepsies non convulsives.

Dans l'absence, toute la crise consiste en la perte de connaissance; ici, dans les secousses, la perte de connaissance n'existe pas; le malade assiste à ces convulsions toujours partielles, du reste, et limitées pour notre malade, aux bras, et à quelques muscles du cou et de la face.

C'est un accès incomplet, mais à qui il manque réellement bien des caractères pour qu'il puisse ressembler au grand accès épileptique. Parmi tous les signes de la grande attaque, en effet, il n'en reste qu'un seul, dans cette manifestation incomplète de la maladie, ce sont les convulsions, encore sont-elles limitées.

Il est évident que cette forme d'épilepsie, rencontrée seule chez un malade, serait d'un diagnostic plus que difficile, et si l'on considérait comme épileptiques, les

sujets atteints de semblables convulsions, on risquerait fort de confondre avec l'épilepsie, beaucoup de choses qui n'en sont pas.

Dans le cas qui nous occupe, nous nous croyons autorisé à considérer les secousses comme une manifestation épileptique ; en effet, le malade a eu de grandes attaques épileptiques dont on ne peut nier la nature ; ces attaques commençaient toujours par des secousses semblables à celles qui ont été observées isolément dans la suite.

OBSERVATION VI.

Col... (Camille-Alexandre), 13 ans, entré à Bicêtre, le 18 mai 1886, né à Paris, le 2 juin 1873

Le père, âgé de 40 ans, mégissier, est grand et fort, et jouit d'une parfaite santé ; il paraît doué d'une intelligence ordinaire.

La mère, couturière, est morte phthisique, à l'âge de 37 ans, elle n'était pas nerveuse.

Une tante paternelle de notre malade a une fille ayant eu des convulsions.

Un oncle paternel serait « un peu bête ». Il est resté 10 ans au régiment, et, traduit devant un conseil de guerre, il aurait été acquitté comme *fou*.

On ne trouve ni autres aliénés, ni épileptiques, ni aucune trace de maladies nerveuses dans l'une ou l'autre famille des parents de notre malade, qui a, d'ailleurs, deux frères et une sœur, tous bien portants et intelligents.

Le malade lui-même ne présente rien de particulier à sa naissance. Il est gros, très fort, et est élevé au sein par sa mère.

Il n'a commencé à parler que vers l'âge de 3 ans ; la mère

raconte, du reste, que tous ses enfants ont parlé très tard. Il est propre de bonne heure et paraît intelligent.

A l'âge de 3 ans (jusque-là il n'avait eu aucune maladie), ayant eu le bras gauche arraché par l'engrenage d'une pompe à vapeur (8 juillet 1876), le moignon resta conique ; le malade se plaignait souvent de douleurs partant du moignon.

En 1878, un épicier l'ayant pris pour un voleur qui venait de lui dérober quelque chose, lui donna une gifle qui le jeta dans le ruisseau. Pendant la nuit qui suivit, il eut des *secousses* continues, siégeant d'abord et surtout dans l'*épaule gauche*, ses paupières battaient rapidement. Puis, devenu raide tout à coup, il avait les yeux ouverts et tournés en haut ; il ne rejetait point d'écume ; il avait les dents serrées, mais ne s'est pas mordu la langue ; il avait uriné dans son lit. Ces convulsions toniques durèrent environ dix minutes ; il n'aurait pas eu de convulsions cloniques.

Après cette attaque, le malade resta deux ou jours sans dormir.

Des accès semblables le prirent une dizaine de fois ; dans l'un d'eux il aurait eu des convulsions d'une égale intensité des deux côtés.

Avant l'accès, le malade appelle, il crie : J'ai peur, car il est prévenu de son accès par « quelque chose qui le tire de son moignon ». Après chaque accès, il a une perte de mémoire, une obnubilation intellectuelle, qui dure une huitaine de jours.

L'enfant, âgé de 13 ans, est amené par ses parents à Bicêtre, le 13 mai 1886. On constate chez lui un tic consistant en un abaissement spasmodique de la mâchoire inférieure.

La conformation extérieure du malade est à peu près normale ; on note cependant que le front est étroit et déprimé sur les faces latérales, la bosse pariétale gauche plus prononcée que la droite, et la voûte palatine plus excavée à gauche qu'à droite.

Le membre supérieur droit a été arraché ; il n'en est resté

qu'un moignon conique dont le sommet est représenté par l'humérus recouvert seulement d'une mince couche de peau rouge et très sensible.

L'examen des organes et des diverses fonctions ne présente rien de particulier à noter.

Le caractère du malade serait coléreux, batailleur.

Du mois de mai, époque où il est entré à Bicêtre, jusqu'en janvier 1887, le malade n'a eu qu'une seule attaque d'épilepsie. Mais il a eu très fréquemment, tantôt plusieurs fois par jour, tantôt à intervalles de quelques jours, des *secousses* :

Ces secousses se traduisaient par des mouvements d'élévation de l'épaule gauche d'abord, puis des deux épaules, mouvements excessivement fréquents, accompagnés quelquefois de convulsions oculaires. Le malade, du reste, était prévenu de ses crises par une douleur quelquefois très vive qui partait de son moignon.

Ces secousses ayant duré quelques minutes, le malade ne ressentait plus rien ; du reste, il assistait à ces mouvements convulsifs de ses épaules, ne perdant jamais connaissance ; il essayait même de se contenir, mais sans y parvenir.

Il avait des accès semblables pendant la nuit. A la suite d'un rêve effrayant, il se réveillait tout à coup, et les secousses le prenaient pendant quelques minutes ; il appelait quelqu'un, et l'accès était terminé ; on constata que dans ces crises nocturnes, il urinait souvent au lit.

En décembre 1887, le malade a été pris d'une attaque complète d'épilepsie, avec perte de connaissance et convulsions générales ; il était toujours prévenu de son attaque par « quelque chose qui le tirait de son moignon », comme dans les petits accès, du reste, où il n'avait que de simples secousses.

Pendant l'année 1887, il eut huit grandes attaques épileptiques, dont nous regrettons de ne pouvoir donner la description détaillée, mais qui ont été considérées comme de véritables attaques

d'épilepsie, dans un milieu où on a l'habitude de ce genre d'observations

Le 28 juillet 1887, on opère le malade pour la régularisation de son moignon ; il continue néanmoins à avoir une grande attaque en octobre de la même année, et les secousses se continuent à peu près avec la même fréquence.

En 1888 et 1889, il n'a eu qu'une seule attaque par année ; après l'attaque, les secousses des épaules le gardaient toute la journée, mais toujours sans perte de connaissance.

Le 6 juin 1890, il fut opéré de nouveau pour son moignon qui était redevenu conique, et le faisait souffrir. Depuis ce moment, le malade n'a plus ni secousses, ni attaques ; ce qui fait une guérison, ou tout au moins, une interruption de sa maladie depuis deux ans.

Le malade est, du reste, intelligent, et, malgré la brièveté de son moignon, il a appris le métier de tailleur, qu'il sait maintenant d'une façon très complète, et malgré son infirmité, il peut faire un habillement complet, et faire manœuvrer très habilement la machine à coudre ; il est ainsi parvenu à pouvoir gagner sa vie.

Tableau des accès de Col

MOIS	1886		1887		1888		1889	
	Accès	Vertiges	Accès	Vertiges	Accès	Vertiges	Accès	Vertiges
Janvier.....			1					
Février.....								
Mars.....			5		1		1	
Avril.....								
Mai.....								
Juin.....			1					
Juillet.....								
Août.....								
Septembre.....								
Octobre.....			1					
Novembre.....								
Décembre.....	1							

EPILEPSIE PROCURSIVE

L'épilepsie procursive est une manifestation épileptique, qui, tout d'abord peut ressembler à un accès ordinaire, à un vertige. Puis, l'accès semblant terminé, le malade, au lieu de s'endormir, ou de rester étendu, hébété, comme le font beaucoup d'épileptiques, se relève tout à coup, et se met à courir devant lui, cherchant une issue.

Le malade évite les obstacles, trouve les portes pour s'échapper, et ressemble, au premier abord, à une personne agissant avec discernement; nous verrons, du reste, dans une de nos Observations, qu'un malade ainsi échappé fut considéré comme responsable de sa fuite et puni pour ce fait.

Cette fuite est cependant inconsciente, et est un effet de la maladie. D'abord, chez tous nos malades, la procursion a toujours suivi de quelques secondes l'attaque convulsive, dans un cas, elle l'a précédée; de plus, ayant interrogé les malades, et à plusieurs reprises sur ce sujet, ils ont tous répondu qu'ils ne se souvenaient de rien, qu'ils ne se rappelaient pas ce qu'ils avaient

fait. Ayant arrêté ces malades pour leur éviter un accident, si on leur demande où ils vont, ce qu'ils veulent faire, ils répondent qu'ils ne le savent pas, et sont tout étonnés de se trouver à l'endroit où on les a rencontrés.

On peut rapprocher de cette forme d'épilepsie, les cas d'automatisme ambulateur, où l'on a vu des malades prendre des billets de chemins de fer, faire des voyages quelquefois très compliqués, et se retrouver à 200 lieues de leur pays, sans savoir comment ils y étaient venus.

La procursion que nous avons constatée chez nos malades peut être considérée comme une forme de cet automatisme, dont elle ne différerait guère que par la durée et par la moindre complication des actes accomplis.

Cette procursion a un caractère impulsif évident, lorsqu'on a assisté à quelques attaques de ce genre : le malade se relève mû comme par un ressort, et la fuite est tellement rapide que, plusieurs personnes prévenues de la fuite que va faire le malade, ne réussissent pas toujours à l'en empêcher ; et si on le maintient, il se défend, et frappe même violemment ceux qui l'arrêtent, pour accomplir sa course. Nous avons pu, du reste, chez ces malades, rencontrer d'autres actes ayant ce caractère *impulsif*. Ainsi, celui qui va uriner contre une femme, dans la bouche d'un enfant, et qui, du reste, ne s'en souvient pas, et, d'ailleurs, est incapable de commettre des actes semblables, lorsqu'il est à son état habituel. C'est lui encore qui écoute et voit une per-

sonne lui donnant le conseil de tuer quelqu'un, et lui présentant un couteau.

Le diagnostic de cette forme d'épilepsie est facile dans les cas que nous avons pu observer, car nos malades ayant eu des accès assez fréquents, et ayant présenté toujours les mêmes caractères, le doute n'était pas permis.

Mais on conçoit que si la crise convulsive passait inaperçue, il deviendrait alors difficile de reconnaître l'épilepsie chez un malade, dont on ne verrait que la course inconsciente. Les actes délictueux ou criminels que pourrait commettre le malade, et dont il n'est pas responsable, ne pourraient être reconnus comme non coupables, que par une étude soigneuse des antécédents du malade.

Cette forme de l'épilepsie est-elle plus grave que les autres ? Nous le pensons. Est-ce pour les accidents qui peuvent survenir au malade pendant ses courses ? Nous n'avons pas vu le fait se produire chez nos malades, et aucun d'eux n'a eu d'accident pendant son accès. Mais nous tenons le pronostic comme sérieux, à cause des hallucinations, des troubles mentaux, qui semblent être fréquents chez ce genre de malades.

Quelquefois les accidents procursifs constituent la crise tout entière, ou constituent les prodrômes, ou sont consécutifs à l'accès.

OBSERVATION VII.

Fal..., Alfred-Eugène, 17 ans, entré le 22 juin 1891. né à Paris, le 14 novembre 1876.

Le *père*, âgé de 49 ans, est cordonnier. Il n'a jamais eu d'autre maladie que des migraines très fréquentes. Il boit beaucoup de vin, est d'un caractère très violent. Il est, toutefois, intelligent et bon ouvrier. Le grand-père paternel, mort à 80 ans, était alcoolique, est d'un caractère très emporté. La grand'mère est morte à 72 ans, n'avait pas de maladie nerveuse. Un frère du père, âgé de 40 ans, est contrefait, son corps formerait une S, et cela lui serait survenu à la suite de *convulsions* pendant l'enfance. Un second frère, mort à 51 ans, avait essayé de se pendre.

La *mère*, âgée de 52 ans, est très vive, « a du sang bouillant » et paraît fort intelligente. Le grand-père paternel, mort à 68 ans, était un homme vif, mais sans maladie nerveuse. La grand'mère, morte à 70 ans, était tombée en enfance depuis trois ans. On se souvient dans la famille de la mère d'une arrière-petite cousine qui tombait du haut-mal.

Pas de consanguinité du père et de la mère.

Notre malade a eu cinq frères ou sœurs : les trois premiers sont morts tout jeunes, on ne sait de quoi. Une fille de 20 ans est intelligente et bien portante. Une autre fille de 14 ans, est également en bonne santé.

Le père, au moment de la conception de notre malade, buvait beaucoup, était souvent ivre. Pendant sa grossesse, la mère, désolée d'avoir un autre enfant, était d'une « tristesse noire ». L'accouchement se fit à terme et naturellement ; l'enfant est bien vivant, et est élevé au biberon par une nourrice qui lui donne du lait de chèvre. Il reste trois ans et demi en nourrice, sans avoir la moindre indisposition, et lorsqu'il est revenu, « il sautait comme un cabri ». L'enfant n'est jamais malade jusqu'à l'âge de 13 ans ;

il n'a jamais eu de convulsions; il aurait *gâté* cependant jusqu'à l'âge de 8 ans, et de plus, il a des envies d'uriner auxquelles il ne peut résister et qui ressemblent à de véritables impulsions.

L'enfant avait 13 ans, lorsqu'il a commencé à « tomber dans les attaques ». Son premier accès le prit dans la rue, et il faillit se faire écraser par une voiture. Son patron (il était pâtissier), craignant un accident, voulait le renvoyer; l'ayant gardé, sur les instances de sa famille, on s'aperçut qu'il perdait la mémoire, ne se rappelait plus des adresses qu'on lui donnait pour faire des courses, ne comprenait plus ce qu'on lui disait. Du reste, huit jours après le premier accès, en survient un second, et l'enfant revient dans sa famille.

A partir de ce moment, les accès reviennent tous les deux jours, et se produisent surtout la nuit.

« Devenu pâle, tout à coup il tombe, ses bras et ses jambes se raidissent, puis il est pris de secousses dans tout le corps, et l'accès se termine par le rejet d'écume parfois sanguinolente. »

Traité par le bromure, il reste jusqu'à quinze jours sans avoir d'accès, puis en a jusqu'à quatre dans la même journée. Une particularité à noter dans ses accès, c'est qu'ils sont assez souvent précédés d'une violente envie d'uriner qu'il cherche à satisfaire n'importe où. Dans l'accès qui le prit lorsqu'il était pâtissier, il commençait à uriner contre sa patronne. Dans un autre accès qu'il eut à l'Enfant-Jésus, il urinait dans la bouche d'un enfant.

Affectueux pour ses parents, il a une aversion profonde pour sa sœur plus jeune que lui; il la menace sans cesse de lui donner un coup de tranchet, de lui tirer des coups de revolver; il parle aussi de se tuer à coups de revolver.

Parti de chez ses parents, sans qu'on sache pourquoi, son père se met à sa poursuite, le rattrape, et lui demandant pourquoi il est parti, il répond qu'il allait se tuer.

C'est à ce moment qu'il est amené à Bicêtre. Il paraît assez intelligent, s'exprime correctement et avec facilité, a une mémoire

assez bonne, est d'un caractère bruyant, mais très docile. Il se rappelle les menaces qu'il faisait à sa sœur, et les projets qu'il avait de se suicider, et lorsqu'on lui en demande la raison, il répond qu'il ne sait pas, que c'était « malgré lui ». Il n'est, du reste, pas méchant, et reçoit souvent de ses camarades des coups qu'il ne rend pas, car il présente ceci de particulier, qu'il ne sent pas les coups qu'on lui porte ; il rit lorsque ses camarades le frappent, il les invite à le frapper, pour leur montrer qu'il ne sent rien.

Cependant, il ne présente pas à un examen minutieux de troubles marqués de la sensibilité, si ce n'est qu'elle est un peu obtuse, mais il n'y a pas de différence d'un côté à l'autre.

Depuis son entrée à Bicêtre, il a présenté des accès épileptiques assez fréquents, qui sont, du reste, relatés dans le tableau ci-joint :

Tableau des Accès

MOIS	1891		1892	
	Accès	Vertiges	Accès	Vertiges
Janvier.....			7	3
Février.....			4	2
Mars.....			8	
Avril.....			4	1
Mai.....			14	
Juin.....	3		10	1
Juillet.....	2		4	2
Août.....	11	1	7	3
Septembre.....	6		10	1
Octobre.....	6	1	11	2
Novembre.....	11		14	1
Décembre.....	5		2	

Il a présenté, comme on le voit, des accès et des vertiges. Les accès, au moins la plupart du temps, sinon dans tous les cas,

présentent quelque chose de particulier, sur quoi nous voulons un peu insister.

Sans aura, sans aucun phénomène prémonitoire, ni pour le malade, ni pour les assistants, il tombe en poussant un cri qui ressemble beaucoup au hennissement du cheval; les deux périodes de convulsions, toniques d'abord, cloniques ensuite, sont régulières, mais le malade ne se mord pas la langue, et n'a pas de miction involontaire.

Mais, aussitôt les convulsions terminées, au lieu du sommeil, de la période de stertor, qui survient ordinairement en pareil cas, le malade qui était tombé se relève tout d'un coup, et se met à courir devant lui, évitant toutefois les obstacles et cherchant une porte ouverte pour s'échapper. Si on cherche à l'arrêter dans sa course, il frappe, mord, se défend comme il peut. Lorsqu'on l'a maintenu, et aujourd'hui, comme on est prévenu de ce qu'il fait, on ne le laisse plus échapper après sa crise, il reste hébété pendant dix minutes environ après l'accès, ne répondant pas aux questions qu'on lui pose. Et il devient ce qu'il était avant sa crise, ne se rappelant rien, et ne ressentant qu'une grande fatigue. Une autre chose assez singulière, notée souvent après son accès, est une sorte de tic : il s'assoit dans un coin et fait le simulacre de *dévisser* du fil; nous avons, du reste, rencontré plusieurs épileptiques ayant la même habitude.

Il nous a paru bon de présenter cette Observation comme type d'épilepsie à forme *procursive*. Pendant les vertiges, on n'a jamais observé de procursion chez ce malade.

Examinant notre malade, nous pourrions peut-être trouver quelque chose de bien semblable à la fugue, à l'automatisme ambulatoire. En effet, il a bien des impulsions irrésistibles, lorsqu'il va uriner contre une femme,

ou dans la bouche d'un enfant. Et encore cette fugue qu'il fait chez ses parents, et dont il ne se souvient pas.

Il est inutile de montrer les dangers que fait courir à lui-même et à ceux qui l'entourent, un malade atteint de cette forme d'épilepsie. Au moment de cette fuite inconsciente (car il ne se souvient de rien), de quels actes bizarres n'est-il pas capable ?

Dans le cas qui nous occupe, la procursion a lieu après l'accès ; on est donc prévenu, lorsqu'on connaît le malade, de ce qui va se passer, et on peut l'empêcher de se livrer à sa course inconsciente.

Un semblable malade demande, évidemment, beaucoup de surveillance.

OBSERVATION VIII.

Mau..., Eugène, 16 ans, entré le 16 avril 1892 à Bicêtre, né à Paris, le 17 janvier 1876.

Le père est mort à 40 ans de *lésions cérébrales*, après apoplexie et coma ; il avait eu six jours auparavant une première attaque.

Le grand-père paternel est mort on ne sait à quel âge, ni de quoi. La grand'mère est morte *paralysée*.

Une sœur, morte, était restée *paralysée* à la suite d'une couche.

La mère est morte à 45 ans, probablement phthisique ; elle aurait eu des *convulsions* de l'enfance. Elle était nerveuse, et aurait eu une seule fois une « crise de nerfs ».

La grand'mère maternelle, âgée de 74 ans, est intelligente, bien portante, n'a jamais eu que des *migraines*, ayant cessé d'ailleurs à l'âge de 50 ans.

Le grand-père, âgé de 80 ans, est encore bien portant, a conservé toute son intelligence.

Dans la famille de la mère, comme dans celle du père, on ne trouve ni aliénés, ni épileptiques, ni suicidés, aucune trace de tare nerveuse.

Pas de consanguinité du père et de la mère, qui ont eu neuf enfants; cinq sont morts en nourrice, quatre sont encore vivants : 1° notre malade; 2° un garçon de 22 ans, qui aurait mauvaise tête, et serait débauché; 3° et 4° deux filles, de 19 ans et de 18 ans, qui se portent bien, et n'ont jamais eu de convulsions.

La mère de notre malade, eut une grossesse sans accidents; l'accouchement se fit à terme et naturellement. L'enfant est élevé au biberon par sa grand'mère, qui lui donne du lait de vache. Pendant les premiers mois, l'enfant se porte bien; à dix-huit mois, il tombe brusquement à terre, la face cyanosée et raide (convulsions toniques); il aurait eu ensuite quelques convulsions cloniques; on n'a pas de renseignements sur la durée de cette attaque.

Les accès se reproduisent ensuite au moins une ou deux fois par semaine, puis l'enfant étant traité par le bromure de potassium, ils deviennent moins fréquents.

L'enfant reste à la campagne, chez sa grand'mère, jusqu'à l'âge de 12 ans, et il n'aurait eu, d'après celle-ci, aucune maladie pendant son enfance, si ce n'est les attaques qui le prenaient, tantôt trois ou quatre fois par jour, tantôt tous les deux ou trois jours.

Envoyé en classe jusqu'à l'âge de 7 ans, il apprit bien, et parut assez intelligent; il n'a jamais été méchant, n'avait pas de tendance au vol ni à la pyromanie.

En 1888, l'enfant rentre chez sa mère, qui était cabaretière; il aidait à servir, mais ses accès étaient toujours fréquents. En 1891, il est placé comme apprenti chez un boulanger; son patron connaissait bien sa maladie; il tombait encore souvent.

L'enfant raconte que son patron, très violent, l'ayant poussé violemment, il est tombé sur la braise et s'est brûlé profondément au bras; il est alors parti chez une parente, qui le fit rentrer chez sa grand'mère. Cette histoire est-elle véridique, ou bien l'enfant

est-il parti après une de ses attaques ? Nous allons voir qu'on pourrait fort bien rapprocher cette fugue de celles qui furent constatées plus tard.

C'est alors que l'on se décide à amener l'enfant à Bicêtre.

A son arrivée, on constate que l'enfant est normalement conformé ; la sensibilité explorée au triple point de vue du contact de la température et de la douleur, est normale, égale des deux côtés du corps ; les pupilles réagissent également à la lumière et à la distance.

L'intelligence paraît suffisamment développée ; l'enfant répond nettement aux questions qu'on lui adresse, et ses connaissances primaires sont assez étendues.

Depuis son entrée à Bicêtre, on a constaté chez le malade des grandes attaques d'épilepsie et des vertiges ; leur fréquence est indiquée par le tableau ci-joint :

Tableau des Accès

MOIS	1892	
	Accès	Vertiges
Janvier.....		
Février.....		
Mars.....		
Avril.....	1	
Mai.....	3	2
Juin.....	7	
Juillet.....	4	
Août.....	11	
Septembre.....	4	
Octobre.....	7	2
Novembre.....	10	1
Décembre.....		

L'attaque se produit toujours avec les mêmes caractères. Sans prodrome, sans aura, le malade tombe subitement (il dit cependant qu'il « sent qu'il va être malade »), mais il n'a pas le temps d'appeler quelqu'un, ou de s'étendre à terre. Il tombe donc à terre, dans la rigidité absolue de tout le corps (convulsions toniques); les yeux se portent en haut, la respiration se suspend; la face injectée devient rouge, puis violacée, surtout aux lèvres; la tête est dans l'extension forcée. Le malade urine involontairement.

Après quelques secondes de cet état, commencent les convulsions cloniques, des mouvements désordonnés des bras et des jambes, sans prédominance d'un côté, les yeux roulant dans leurs orbites, les muscles de la face exécutant des grimaces bizarres. Mais le malade ne s'est pas mordu la langue, et l'écume qui s'échappe de sa bouche, n'est pas sanguinolente.

L'attaque paraît finie, et le malade s'assoit, faisant avec ses doigts le simulacre de dévider du fil, qu'il prendrait d'un côté et qu'il placerait du côté opposé; il paraît tranquille, quoiqu'ayant le regard fixe, et l'air hagard; puis tout à coup, il se redresse brusquement, et se met à courir devant lui, évitant les obstacles, et cherchant à fuir où il trouve une porte ouverte; dans une de ses attaques, on n'a pu le rattraper que lorsqu'il eut traversé de la sorte plusieurs cours de l'établissement où il se trouve.

Lorsqu'on l'a rattrapé, il cherche à se défendre et à frapper les gardiens; puis, tout d'un coup, il revient à son état normal, et ne sait pas ce qu'il a fait, et n'en ressent qu'une fatigue excessive.

La première fois qu'il fit une fugue semblable, comme l'accès avait passé inaperçu, on crut qu'il s'agissait d'une fugue volontaire, et il aurait été puni pour ce fait.

A chaque accès, il fait une fugue semblable, ou tout au moins, cherche à se sauver, car étant prévenus, les infirmiers le surveillent activement, surtout lorsqu'il tombe.

Malgré cela, il arrive à leur échapper et on est obligé de courir après lui pour l'arrêter.

Outre les grandes attaques, il a quelquefois des vertiges dans lesquels il ne tombe pas ; il a le temps de s'asseoir, et n'a que quelques convulsions partielles. Après ces vertiges, il n'a pas de *procursio*n semblable à celle qui succède invariablement aux attaques, mais on le voit marcher seul, droit devant lui, et ayant l'air de chercher quelque chose ; lorsqu'on lui demande ce qu'il fait, il revient à lui, et reprend son état habituel.

Un jour, étant dans la cour, il arrive en courant vers le surveillant, et lui dit de le protéger, de le défendre, qu'il entend un camarade qui marche à côté de lui, et lui donne le conseil de tuer quelqu'un, il lui présente un couteau. Or, il était seul, personne ne pouvait lui parler, et lui donner de semblables conseils ; c'était donc bien une *hallucination* double, car il entendait la personne qui lui donnait ce conseil, et la voyait.

L'ayant interrogé plus tard, au sujet de cette hallucination, le malade ne se souvient de rien, et dit qu'il ne lui est jamais arrivé rien de semblable.

Il paraît avoir aussi des hallucinations pendant la nuit ; il se réveille tout à coup, appelle quelqu'un, et dit qu'il voit un squelette devant lui, qui veut lui faire du mal ; ceci lui serait arrivé plusieurs fois, et ses camarades l'auraient surnommé le « squelette ».

OBSERVATION IX.

Le..., (Paul), 12 ans, entré le 31 juillet 1890, né à Paris, le 18 octobre 1877.

Le *père* de notre malade, âgé de 40 ans, est un homme bien portant, ne faisant jamais d'excès ; c'est un ouvrier intelligent, d'un caractère doux, tranquille. Le grand-père paternel est mort à 77 ans, d'une broncho-pneumonie, et la grand'mère, à 66 ans, d'emphysème pulmonaire.

Un oncle maternel du père est mort *épileptique*, en se jetant sous les roues d'une voiture.

La *mère*, âgée de 48 ans, blanchisseuse, est atteinte de rhumatisme chronique, et aurait des névralgies sus-orbitaires très fréquentes. Elle est franchement alcoolique. Le grand-père maternel est mort à 86 ans, d'un étranglement herniaire, la grand'mère, à 66 ans.

Un frère de la mère est devenu *idiot*, à la suite d'une fièvre typhoïde, et est interné à Sainte-Anne.

Pas de consanguinité.

La mère de notre malade, mariée deux fois, a eu quatre enfants du premier lit, dont deux sont encore bien portants, les deux autres étant morts tout jeunes, l'un de broncho-pneumonie, l'autre de la rougeole.

Parmi les sept enfants de son second lit, un est mort de broncho-pneumonie, deux de la rougeole, deux autres sont morts de *méningite*.

Reste donc une fille de 17 ans, bien portante, n'ayant jamais eu ni convulsions, ni crises de nerfs, — et notre malade.

Pendant sa grossesse, la mère de notre malade ne présentait rien d'anormal; l'accouchement se fit à terme et naturellement; l'enfant était légèrement asphyxié à la naissance, et fut rappelé à la vie par la flagellation. L'enfant était fort, pesait de 8 à 9 livres, et était atteint d'une double hernie congénitale. Élevé au sein par sa mère, qui lui donnait aussi du lait de chèvre, il se porta bien durant les cinq premiers mois.

A cette époque, sans cause apparente, sa mère le tenant dans ses bras, il s'est raidi tout à coup, la tête en extension et en rotation à gauche, la bouche et les yeux déviés du même côté, les bras en extension avec pronation forcée des avant-bras. Cette phase de convulsions toniques, aurait été suivie de convulsions cloniques des bras, l'enfant aurait eu également de l'incon-

tinence d'urine et des matières fécales, en même temps qu'un peu d'écume à la bouche.

Des accès semblables se produisirent toutes les 5 ou 6 minutes, pendant 4 heures environ, constituant ainsi un véritable *état de mal*. A la suite de ces convulsions, l'enfant resta 24 heures dans un abattement complet, et ce fut toute sa maladie.

Depuis cette époque, des crises semblables se sont répétées tous les mois et même moins souvent, en conservant toujours les mêmes caractères : le début toujours brusque, et les convulsions toujours plus marquées du côté gauche.

Les crises étaient presque toutes nocturnes, jusqu'à l'âge de 5 ans, où elles devinrent alors diurnes et nocturnes.

Il n'avait jamais d'aura, jamais de phénomène prémonitoire, et l'accès commençait par la chute brusque à terre ; aussi eut-il de fréquents traumatismes. L'incontinence d'urine était rare dans les crises diurnes, mais il avait de l'incontinence nocturne.

Il avait aussi des *absences* épileptiques, que ses parents ont surtout remarquées au moment des repas.

Envoyé à l'école à différentes reprises, on ne put le garder à cause de ses accès ; de plus, il était violent, indiscipliné, et avait des crises de colère.

En février 1890, il est interné à Sainte-Anne, et de là il passe à Bicêtre, le 31 juillet de la même année.

Il a la physionomie hébétée, le regard dur, a toujours l'air coléreux, et de fait est méchant, frappe ses camarades sans motifs. Il est d'une intelligence très obtuse, a la mémoire très faible, apprend cependant le métier de cordonnier.

Tableau des Accès

MOIS	1890		1891		1892	
	Accès	Vertiges	Accès	Vertiges	Accès	Vertiges
Janvier.....			9		1	2
Février.....			2		2	
Mars.....			18		20	
Avril.....			7		4	
Mai.....			11	1	4	1
Juin.....			6	1	29	1
Juillet.....	7		32	1	11	1
Août.....	18	7	6	1	4	2
Septembre.....	11	2	4		5	
Octobre.....	21		17	1	14	
Novembre.....	9		31	2	8	1
Décembre.....	25		2	2	2	

Les accès sont relatés dans le tableau ci-joint ; nous ferons remarquer qu'ils sont groupés : le malade reste plusieurs jours sans avoir d'accès, puis en a jusqu'à quatre ou cinq le même jour.

Ces accès ressemblent absolument à la grande attaque commune : perte de connaissance, deux ou trois cris rauques, puis chute brusque avec les deux périodes tonique et clonique des convulsions, et miction involontaire, puis stertor.

Il ne se mord pas la langue, mais cela tient peut-être à la disposition de ses dents, qui ne rejoignent pas en avant, les canines et les incisives sont écartées d'environ un centimètre de leurs antagonistes.

Quelquefois, l'attaque se termine ainsi, et le malade s'endort pendant quelques instants, mais la plupart du temps, après la cessation des convulsions, il se relève brusquement et se met à courir, cherchant une porte ouverte pour s'échapper, se détournant des obstacles et luttant contre les gardiens qui veulent l'arrêter, se servant même de ses dents pour se livrer passage.

Assez violent d'ordinaire, il devient furieux ; lorsqu'on a réussi à le maintenir, il devient tranquille et tout est fini.

Pendant ses vertiges, il lui arrive aussi de prendre la fuite, mais beaucoup moins souvent que pendant les grandes attaques, et manifeste beaucoup moins de violence : il marche sans savoir où il va, mais cela dure peu longtemps.

OBSERVATION X.

Le... , Ch.-Aug., 14 ans, entré le 19 juillet 1890 à Bicêtre, né à Fontainebleau le 24 septembre 1875.

Le père, âgé de 50 ans, se porte bien et n'aurait jamais eu de maladie. C'est un homme sérieux, actif, ne faisant pas d'excès. Le grand-père paternel, âgé de 83 ans, se porte encore très bien ; la grand'mère est morte à 89 ans.

La mère, âgée de 48 ans, est très nerveuse, mais n'a jamais eu de crises. Le grand-père maternel, mort à 70 ans, buvait beaucoup ; la grand'mère maternelle, âgée de 78 ans, n'a pas d'autre maladie que quelques douleurs rhumatismales.

Dans la famille de la mère non plus que dans celle du père, on ne trouve rien comme accident nerveux.

Pas de consanguinité.

Notre malade, qui est l'ainé, a 3 frères : un premier, mort de la scarlatine à 4 ans $1/2$; un second, âgé de 8 ans, n'a jamais été malade, mais est très nerveux ; le troisième, âgé de 6 ans, se porte bien et est d'un caractère tranquille.

La mère de notre malade raconte que dans les sept premiers mois de sa grossesse, elle avait continuellement des cauchemars affreux ; les deux derniers mois auraient été très bons.

L'accouchement se fit à terme et naturellement ; la sage-femme aurait donné de l'ergotine.

L'enfant était bien vivant ; il a été nourri au sein par sa mère jusqu'à l'âge de 14 mois.

Jusqu'à 6 ans, l'enfant se porte bien ; on remarque cependant qu'il était un peu nerveux. A 6 ans, il a une fièvre *scarlatine* très violente ; il se lève au bout de dix jours, mais il est pris de vomissements incoercibles qui durent 8 ou 10 heures ; quelques heures plus tard, étant au lit, il est pris de *convulsions* violentes affectant le cou, qui gonfle énormément, et les membres supérieur et inférieur du côté gauche. Ces convulsions auraient duré 5 heures, puis l'enfant s'endormit.

Cette crise de convulsions fut la seule pendant sa maladie.

Envoyé à l'école, il aurait eu fréquemment des *vertiges* : il criait et tombait à terre, on ne voulut plus le garder à l'école ; ses parents le gardèrent chez eux et il continua à avoir souvent des vertiges, sur lesquels nous n'avons pas de renseignements nets.

Un jour, à la suite d'un accès plus violent que d'habitude, il resta 24 heures endormi ; c'est à la suite de cet accès que ses parents se décidèrent à l'amener à Bicêtre.

Le tableau des accès de ce malade nous montre qu'au début il n'avait que des vertiges, qui deviennent très fréquents en décembre 1890, où nous en trouvons notés 127.

Depuis le commencement de l'année 1891, il a eu de grands accès d'épilepsie assez fréquents, et se présentant d'une façon presque régulière, variant, par chaque mois, entre 5 et 20.

Tableau des Accès

MOIS	1890		1891		1892	
	Accès	Vertiges	Accès	Vertiges	Accès	Vertiges
Janvier.....			6		16	1
Février.....			13		7	1
Mars.....			9		4	
Avril.....			11		6	
Mai.....			10		8	3
Juin.....			7		7	
Juillet.....			6		8	
Août.....			8		19	2
Septembre.....			4		14	
Octobre.....			4	1	12	10
Novembre.....		22	13		8	
Décembre.....		127	6		5	

En septembre 1892, nous avons pu observer un de ces accès, l'enfant étant en traitement à l'infirmerie pour la gale.

Etant au fond d'un couloir du pavillon d'isolement, le malade arrive *en courant* vers nous, frappant dans ses mains, comme s'il était poursuivi. Il tombe en avant, sur le côté droit, sans pousser de cri, et est pris de convulsions toniques très rapides, ressemblant à de véritables trémulations. Il était dans la demi-flexion du tronc et des membres, fermant les yeux, rejetant de l'écume par la bouche, mais non mélangée de sang.

Les trémulations, très rapides, égales des deux côtés, ont duré environ 4 minutes, puis il a été pris de mouvements un peu plus amples, durant environ 50 secondes ; ces mouvements ont cessé en dernier lieu dans le membre supérieur droit, où ils étaient un peu plus forts qu'à gauche.

Le malade ne fermait point les poings durant l'attaque ; il tenait le pouce opposé aux autres doigts, à demi-fléchis.

Pris de stertor, il s'est endormi ; il était alors baigné de sueur,

son visage rouge, congestionné ; les pupilles étaient égales, dilatées, mais ne présentant pas de réactions nettes à la lumière. De suite après les mouvements convulsifs, le pouls est de 160, la température de 37°5. La sensibilité est obtuse ; en pinçant le malade fortement, il ne réagit qu'après quelques secondes. Il n'a pas uriné pendant l'accès.

Un quart d'heure après, il s'est réveillé, ne paraissant pas fatigué, et, répondant nettement aux questions qu'on lui pose, il ne se plaint que d'un léger mal de dents.

Les urines, examinées immédiatement après l'accès, contiennent de l'albumine (réaction très nette par la chaleur, l'acide nitrique et le réactif d'Esbach). Elles précipitent légèrement la liqueur cupro-potassique, se colorent en brun clair par la potasse caustique, et semblent contenir du sucre.

Le lendemain, on ne trouve pas, dans l'urine, de traces d'albumine ni de sucre, la température est de 37°3 et le pouls de 104.

Nous n'avons pu avoir de renseignements certains sur les autres attaques du malade ; la procussion avant l'accès, semblable à celle que nous avons observée, n'aurait pas été remarquée dans ses autres attaques.

Quoi qu'il en soit, il nous a paru intéressant de rapprocher cette Observation des autres épileptiques procussifs après l'accès, dont nous avons présenté plusieurs types assez nets.

ÉPILEPSIE HÉMIPLÉGIQUE INFANTILE

On donne ce nom d'épilepsie hémiplegique infantile, à l'épilepsie partielle, qui se produit chez les sujets atteints d'une hémiplegie qui remonte à l'enfance, et que l'on désigne sous le nom d'hémiplegie spasmodique infantile. Cette hémiplegie apparaît dans l'enfance, à la suite de convulsions violentes et répétées ; dans l'Observation que nous citons, ces convulsions eurent lieu à l'âge de 7 mois.

Les accès épileptiques, qui n'accompagnent, du reste, pas forcément cette hémiplegie, sont cependant d'une grande fréquence chez les malades qui en sont atteints ; ils apparaissent généralement d'une façon précoce ; chez notre malade il y eut un assez long intervalle entre l'hémiplegie et la première attaque : six ans environ.

Laissant de côté la pathogénie de cette affection, que certains auteurs (Cotard) mettent en rapport avec l'atrophie d'un hémisphère cérébral, et restant sur le terrain de l'observation, nous dirons que, dans cette forme de l'épilepsie, l'accès ressemble beaucoup à celui de l'épilepsie vulgaire.

Il s'en distinguera cependant par sa limitation à tout un côté du corps (et, dans l'exemple que nous avons choisi, cette limitation n'a été que temporaire), par l'absence de cri initial et la variabilité dans le degré de la perte de connaissance : nous verrons, dans notre Observation, que le début de l'attaque paraît être conscient, et serait, en quelque sorte, une prolongation de l'aura.

Les malades atteints de cette variété d'épilepsie ont, en général, une intelligence au-dessous de la moyenne, mais, ce qu'il y a de particulier chez eux, c'est que, à mesure qu'ils avancent en âge, les accès diminuent de fréquence, l'intelligence restant stationnaire, sans subir de déchéance progressive.

OBSERVATION XI.

Pl..., Léon-Denis, né le 7 juin 1874, entré à Bicêtre, le 28 mai 1889.

Son père, mort en 1886, à l'âge de 44 ans, de bronchite chronique, était corroyeur ; il fumait beaucoup et faisait des *excès de boisson* considérables ; il buvait surtout du vin et de l'absinthe, et rentrait ivre à la maison au moins trois fois par semaine. Dans ses ivresses, il était grossier et violent ; il battait sa femme, qui était obligée de se sauver avec ses enfants. Il n'eut cependant pas d'accès de délire alcoolique.

Il avait parfois des douleurs rhumatismales ; il aurait même été soigné 4 mois à la Pitié, pour une affection rhumatismale.

Il avait abandonné son domicile plusieurs fois, pendant 3 mois, 6 mois, 2 ans.

Sa mère, âgée de 43 ans, journalière, a souvent, avant l'époque de ses règles, des *migraines* qui durent quelquefois deux jours : « elle a des vomissements mousseux, voit de petits ronds noirs, » et parfois est obligée de se coucher, se trouvant comme une « femme ivre ». Elle souffre aussi de *douleurs névralgiques* dentaires, qui sont très fréquentes à gauche.

Le grand-père paternel de notre malade, faisait de nombreux *excès de boisson* ; sa femme avait été obligée de le quitter. Il eut un fils atteint d'une sorte de *paralysie incomplète* du côté gauche ; depuis l'âge de 2 ou 3 ans, il traînait la jambe gauche ; il n'aurait pas eu de convulsions. Une fille, très nerveuse, sans attaques toutefois, ne peut élever ses huit enfants, qui meurent tous de *méningite* dans la première année. Une autre fille a eu 9 enfants, dont 7 sont morts de *convulsions*. Le grand-père maternel, faisait aussi de nombreux *excès de boisson* ; il avait dissipé sa petite fortune de cette façon.

Parmi les frères ou sœurs de notre malade, qui sont au nombre de huit, un garçon de 25 ans, soldat au Tonkin, est *très irrégulier* ; arrêté trois fois pour vagabondage avant son départ pour le régiment, sa mère, quoique veuve, l'a laissé partir pour son service militaire ; une fille de 20 ans, est *nerveuse* ; une fille de 18 ans, a eu une fois des *convulsions* pendant 10 minutes ; une fille est morte de *convulsions* à l'âge de 6 semaines ; une fille est morte de *convulsions* à un mois ; un garçon est mort à 7 ans, d'un mal de Pott traumatique.

Parmi les antécédents personnels de notre malade, il est à remarquer que le père était en état d'ivresse au moment de la conception ; la mère croit, du reste, que tous ses enfants ont été conçus pendant l'ivresse de son mari.

Pendant la grossesse, la mère a eu un ictère durant les trois premiers mois. A la naissance, l'enfant avait subi un commencement d'asphyxie, on dut le flageller pour le ramener à la vie.

Elevé au sein par sa mère, celle-ci aurait remarqué que l'enfant n'avait pas dormi pendant les premières semaines.

L'enfant n'a marché complètement qu'à cinq ans, et fut sale très longtemps, jusqu'à 3 ans et demi environ. Il eut la rougeole à 23 mois, puis la coqueluche. Il eut « mal aux yeux » pendant longtemps.

Il était âgé de 7 mois, lorsqu'à la suite d'une chute, il lui survint un petit abcès à la région pectorale droite. L'abcès ayant été incisé par un médecin, l'enfant eut immédiatement des *convulsions*.

La tête se tournait du côté droit, le bras droit et la jambe droite étaient agités de mouvements cloniques, tandis que les membres supérieurs et inférieurs du côté gauche, étaient presque inertes ; les yeux étaient également animés de mouvements convulsifs. A la suite de l'accès, l'enfant, tout couvert de sueurs, restait anéanti, ne donnant plus signe de vie.

Ces convulsions durèrent 9 jours consécutifs ; elles se répétaient toutes les demi-heures, l'accès durant 20 minutes et étant séparé du suivant par un intervalle de 10 minutes.

Après ces convulsions, la mère observa que lorsqu'elle mettait son enfant debout, il ployait toujours du côté droit, de plus, la main droite restait fermée, la mère était obligée de lui écarter les doigts pour les nettoyer. L'avant-bras était à demi-fléchi sur le bras, en pronation, le poignet fléchi sur l'avant-bras.

Peu à peu, l'avant-bras et les doigts se sont allongés, mais sont toujours restés beaucoup *plus faibles* que ceux du côté gauche. Il ne se produisit plus d'autres convulsions jusqu'à l'âge de 7 ans. Sa mère raconte qu'il avait seulement des moments de violente colère pendant lesquels il s'égratignait le visage.

Un jour, il avait alors 7 ans, sa mère, observant les mouvements convulsifs de son visage, lui demande ce qu'il a ; il répond que son bras droit lui fait mal, puis il regarde sa mère fixement et tombe de toute sa hauteur. Etendu à terre, il tourne la bouche

et les yeux, agite ses bras convulsivement, les jambes étant immobiles. Il ne crie pas, ne se mord pas la langue et n'a que très peu d'écume à la bouche. L'attaque a duré trois minutes au plus. Il se relève tout courbatu, sa mère le fait coucher, il n'avait pas uriné sous lui.

Des accès semblables le prennent tous les deux ou trois mois, et il n'a jamais qu'un accès par période. Il raconte à sa mère que, avant de tomber, il ressent des fourmillements dans les jambes.

Sa mère observa, plus tard, qu'il urinait souvent au lit et ses accès se répétaient pendant le jour beaucoup plus souvent. Il avait jusqu'à trois attaques par semaine, dans les trois dernières années.

A l'école, il égratignait et mordait ses camarades ; il apprenait très peu, comprenait difficilement, avait peu de mémoire ; il fut renvoyé successivement de quatre écoles pour son insolence et sa grossièreté. Il s'échappait de l'école et *restait absent des journées* entières ; plusieurs fois, il fut pris à voler dans les boutiques et, lorsque sa mère le grondait, prenant ce qu'il avait sous la main, il l'en menaçait.

A son entrée à Bicêtre, le 28 mai 1889, examinant la conformation extérieure du malade, on remarque que le crâne est aplati latéralement et que, lorsque l'enfant sourit, le sillon naso-labial du côté droit est plus accentué que celui du côté gauche. On trouve, au niveau de la paroi latérale droite du thorax, une cicatrice étoilée, de deux centimètres environ, résultant de l'abcès qui fut le point de départ des premières convulsions. Comparant les membres supérieurs l'un à l'autre, on voit que le droit est manifestement moins gros que le gauche, et qu'il existe une certaine raideur dans les articulations de l'épaule et du coude du côté droit, dans lesquelles on perçoit de petits craquements ; à gauche, les mouvements sont normaux.

La main droite est en pronation, les deux dernières phalanges des doigts sont fléchies, les premières sont étendues ; le pouce ne

peut être opposé aux autres doigts. Si l'on commande au malade de saisir un objet, il le fait en exécutant de petits mouvements brusques et rapides de flexion et d'extension des doigts, et n'y arrive qu'avec difficulté, car ses mouvements sont sans coordination. Le malade fait des mouvements continuels des doigts et, pour éviter ces mouvements, il met sa main dans sa poche (Athétose).

Les membres inférieurs paraissent de volumes égaux ; la jambe droite est cependant plus faible que la gauche. Quand l'enfant marche, le pied droit traîne un peu ; au moment où le pied quitte terre, le orteils se fléchissent. Le pied droit, dans la marche, conserve une position antéro-postérieure, tandis que le gauche est dans la position oblique normale.

Les premiers accès qui furent constatés, étaient, paraît-il, à peu près rigoureusement limités au côté droit.

Mais, depuis plus d'un an, ces convulsions toniques et cloniques ont lieu des deux côtés du corps avec la même intensité, et l'accès ressemble à un grand accès d'épilepsie vulgaire. Cependant, le début diffère en ce que la perte de connaissance n'a pas lieu immédiatement.

Le malade est prévenu de son accès par des palpitations, des « battements de cœur », et il aurait conscience des premières convulsions qui commencent par le côté droit. Une fois, en particulier, un camarade l'ayant vu tomber, lui prit son porte-monnaie et il se souvient, après son accès, avoir senti qu'on le volait et reconnut le coupable.

Il n'urine pas involontairement dans ses attaques et ne se mord pas la langue. Le tableau des accès de ce malade nous montre qu'ils ne sont pas très fréquents, mais il ne s'est pas amélioré ; les accès sont, au contraire, devenus plus fréquents ; le malade est sorti le 16 juillet, pour être transféré dans un asile.

Le tableau des mensurations que nous reproduisons ici, indique l'atrophie du côté droit paralysé, atrophie qui porte, non seule-

ment sur le volume des muscles, mais aussi sur les dimensions des os, comme l'indiquent, pour le membre supérieur, la distance de l'acromion à l'olécrâne, qui est de 29 à droite et de 30 à gauche ; pour le membre inférieur, la différence est encore plus marquée, puisque nous avons, pour la distance de l'épine iliaque antéro-supérieure à l'interligne articulaire du genou, 36 pour le côté droit et 37,2 pour le gauche.

Tableau des Accès

MOIS	1889		1890		1891		1892	
	Accès	Vertiges	Accès	Vertiges	Accès	Vertiges	Accès	Vertiges
Janvier.....							1	
Février.....					2			
Mars.....			1					
Avril.....							2	1
Mai.....			2				3	
Juin.....	1						4	
Juillet.....			1	1	1			
Août.....			1		2			
Septembre.....	1							
Octobre.....			1		1			
Novembre.....			3		2			
Décembre.....		1	1		1			
TOTAUX.....	2	1	10	1	9		10	1

	1889		1890		1891		1892
	à l'entrée	1 ^{er} juillet	1 ^{er} janv.	1 ^{er} juillet	1 ^{er} janv.	1 ^{er} juillet	
Poids.....	36k 500	36k 500	40k	43k 900	46k		
Taille.....	1 ^m 37	1 ^m 37	1 ^m 40	1 ^m 43	1 ^m 45		
Dynamomètre...	D G 7 23	D G 7 25	D G 9 30 1/2	D G 10 38	D G 11 43	D G	D G 5 30

Tableau des Mensurations

	1889	1892
Circonférence horizontale maxima.....	50.7	57.2
Demi-circonférence verticale bi-auriculaire.....	34	34
Distance de l'articulation occipito-atloïdienne à la racine du nez.....	35	35.5
Diamètre antéro-postérieur maximum.....	17.7	18.4
— bi-auriculaire.....	11.4	12.4
— bi-pariétal.....	13.8	14.1
Hauteur médiane du front.....		5.8

	1889		1892	
	D	G	D	G
<i>Membres supérieurs</i>				
Circonférence au niveau de l'aisselle.....	22	25	26	27
— à 0 ^m 10 au-dessus de l'olécranon.....	19.5	20	24	24.5
— à 0 ^m 10 au-dessus de l'olécranon.....	19.5	19.5	25	26
— au niveau du poignet.....	15	21	18	19.5
— au niveau du métacarpe.....	19	19	23.5	24.5
Distance de l'acromion à l'olécranon.....	25	26	29	30
— de l'olécranon à l'ap. styl. du cubitus.....	20	20	23.9	25
— de l'ap. styl.....				
— du cubitus à l'extrémité du médus.....	14	17	19.5	20.5
<i>Membres inférieurs</i>				
Circonférence au niveau de l'aîne.....	42	44	45.5	46.4
— à 0 ^m 10 au-dessus de la rotule.....	35.5	38.5	39	39.9
— à 0 ^m 10 au-dessous de la rotule.....	26.7	29	29.5	30.5
— au niveau du cou-de-pied (au-dessus des malleoles).....	20	19.5	23	24.5
— à la partie moyenne du pied.....	22	22	25.4	26
Distance de l'épine iliaque antéro-supérieure à l'interligne articulaire du genou.....	39.5	39.5	42.5	43.4
Distance de cet interligne à la malleole externe.....	32	32	36	37.2
— de la malleole externe à l'extrémité de l'orteil médus.....	17	18	20.5	21.5

OBSERVATION XII.

Fé..., Léon, 3 ans, entré le 20 mai 1890, à Bicêtre, né à Paris le 27 juillet 1887.

Le père est mort, il y a six mois, à l'âge de 46 ans. Il était devenu gâteux depuis quatre ans et était atteint, très probablement, de *ramollissement cérébral*, par thrombose. Quatre ans auparavant, devenu sourd subitement, il avait perdu la mémoire et divaguait ; il commençait une phrase, ne pouvant la continuer. Il fut traité alors pour une thrombose des sinus.

Le grand-père paternel est mort *fou*, à l'âge de 61 ans. La grand'mère est morte du choléra, en-1863.

Le père avait plusieurs frères ou sœurs parmi lesquels un frère est mort, à 30 ans, de *congestion cérébrale* ; une sœur est morte, à 38 ans, paralysée, à la suite d'une *hémorrhagie cérébrale* ; une sœur, *hystérique*, est morte d'une tumeur du rectum ; trois enfants sont morts, en bas-âge, de *méningite*.

La mère, âgée de 40 ans, paraît fort intelligente et n'a jamais été malade, sauf quelques crises de coliques néphrétiques, du côté gauche. Etant jeune, elle était un peu nerveuse, mais n'a jamais eu de crises.

Le grand-père maternel est mort d'une affection pulmonaire, à 66 ans.

La grand'mère, âgée de 67 ans, se porte bien, mais marche difficilement à cause d'une fracture du col du fémur.

La famille de la mère est très nombreuse, et on ne trouve parmi ses membres aucune tare nerveuse.

Pas de consanguinité du père et de la mère, qui ont six enfants, parmi lesquels : un garçon, mort d'entérite en nourrice, au bout de trois semaines ; un garçon mort également d'entérite, au bout de deux mois ; un garçon, âgé de 13 ans, est rachitique ; une fille, âgée de 6 ans, est frêle, elle a eu des *convulsions* ; une petite fille de 15 mois, semble arriérée.

La conception de notre malade a eu lieu pendant la maladie mentale du père. La grossesse de la mère fut très mauvaise ; elle avait des vomissements continuels. L'accouchement fut cependant normal ; l'enfant à terme était bien vivant.

Il est nourri au sein par une nourrice ; à 17 mois, on le retire de nourrice, il ne marchait pas, ne parlait pas, était très maigre ; on le confie à une autre nourrice qui l'élève au biberon.

Il avait 20 mois, lorsque les *convulsions* l'ont pris pour la première fois. Il resta paralysé de tout le côté droit du corps, et resta gâteux jusqu'à son entrée à Bicêtre.

Sa mère l'ayant pris chez elle, en octobre 1889, ne remarqua jamais chez lui de convulsions, mais ayant essayé de le faire marcher, il se mit à pousser des cris que la mère compare à ceux d'une bête fauve; puis, devenu pâle, il était tout tremblant.

En raison de son état mental et de son gâtisme progressif, il est conduit à Sainte-Anne, d'où il vient à Bicêtre.

A son entrée à Bicêtre, en mai 1890, l'enfant, quoique de petite taille, a toutes les apparences de la santé : les téguments sont colorés, le regard est vif. Il ne se tient debout qu'avec difficulté, en raison de son hémiplégie droite.

L'œil est normal, l'acuité et le champ visuels sont normaux, les deux pupilles réagissent également bien à la lumière et à la distance.

L'enfant ne connaissant pas les couleurs, on ne peut vérifier s'il a de la dyschromatopsie.

La conformation de la tête est normale et régulière.

Le membre supérieur gauche est normalement conformé.

Le bras droit présente un léger degré de contracture; tous les mouvements sont encore possibles dans une certaine mesure, mais le malade se sert plus volontiers de son bras gauche.

Lorsqu'il fait mouvoir son bras droit, on constate que l'avant-bras a tendance à se mettre en pronation légère, le poignet à s'arrondir, et les doigts à s'écarter les uns des autres. L'épaule droite est un peu plus tombante. La différence de volume et de longueur, du bras droit avec le gauche, est peu accusée; la force du bras droit, constatée au dynamomètre, est presque nulle.

Le membre inférieur droit présente un léger degré de contracture; en extension, avec un léger pied bot varus équin; cette contraction se manifeste surtout à l'occasion des mouvements, lorsque le malade veut marcher; la marche lui est, du reste, presque impossible sans appui.

La sensibilité, explorée dans tous ses modes, contact, tempé-

rature, douleurs, est normale et égale des deux côtés. Les réflexes rotuliens sont exagérés des deux côtés.

La parole est facile, et l'enfant répond aux questions qu'on lui pose.

Pendant les deux premiers mois, qui suivirent l'arrivée de l'enfant à Bicêtre, on ne remarqua chez lui aucun accident, à part le gâtisme et l'arriération mentale.

Le 3 août 1890, à quatre heures du soir, l'enfant fut pris de *convulsions*, limitées au côté droit paralysé; pendant deux heures, il a présenté une série de ces accès survenant à quelques minutes d'intervalle. La température, prise pendant l'accès, était de 37,2.

Après la cessation des convulsions, l'enfant s'endormit tranquillement, et le lendemain, il était comme à l'ordinaire.

Rien de nouveau ne se présenta jusqu'au 17 octobre, où l'enfant tomba subitement en une série d'accès ressemblant à un état de mal épileptique.

Les accès durèrent de 9 heures 3/4 à midi; les convulsions étaient limitées au côté droit, la tête tournée à droite et les yeux convulsés du même côté, le bras droit en extension et en rotation en dedans, la main fermée, la jambe droite en extension, et le pied en varus équin.

L'enfant reposant sur le côté droit, le corps tout entier est soulevé par des secousses violentes, la respiration est embarrassée. A chacune de ces secousses (convulsions cloniques), la commissure labiale est attirée à droite et s'entr'ouvre. De son bras gauche, l'enfant cherche à saisir son bras droit, et à le maintenir en flexion.

La perte de connaissance paraît être complète; l'enfant ne répond pas lorsqu'on l'appelle et ne paraît pas s'apercevoir de ce qui se passe autour de lui.

La température prise au moment de la crise, à 10 heures, donne pour la

température axillaire gauche.	36°2
— axillaire droite.	36°5
— rectale.	36°7

Depuis cette crise, l'enfant se porte bien jusqu'au 25 janvier 1891, où il a une crise à peu près semblable à la dernière, et qui aurait duré de 5 heures à 7 heures 1/2 du soir. En sortant de table, il est tombé tout à coup sur la face, les poings crispés, les yeux fermés. Les convulsions auraient encore eu lieu exclusivement du côté droit. Après la crise, l'enfant s'étant assoupi, envoyait à chaque expiration un jet de bave.

Le 12 août 1891, nouvel accès semblable aux autres, et comme durée, et comme évolution.

En 1892, l'enfant étant atteint de trichophytie du cuir chevelu, est mis en traitement à l'infirmerie; c'est là où fut observé un accès, le 26 juin.

Ayant poussé un grand cri, il a levé le bras droit en l'air, puis est tombé en arrière, d'une seule pièce, le corps raidi, ne faisant d'abord aucun mouvement. Puis, s'étant tourné sur le côté gauche, il est retombé sur le dos, et alors ont commencé les convulsions cloniques.

Les poings fermés, la face congestionnée, les paupières battaient rapidement, et une bave abondante et sanguinolente s'échappait de la bouche de l'enfant.

Les convulsions cloniques étaient très vastes et très irrégulières; à certains moments, l'enfant se trouvait en arc de cercle, disposition fréquente dans les attaques d'hystérie, mais ici explicable par la prédominance des convulsions d'un côté.

L'accès dura 20 minutes environ, puis l'enfant s'assoupit, envoyant un jet de bave à chaque expiration, et s'endormit bientôt profondément. Il avait uriné pendant la crise.

La température prise pendant l'accès était de	38°9.
— un quart d'heure après,	38°6.
— deux heures plus tard,	37°6.

Cette deuxième Observation d'épilepsie hémiplegique infantile s'écarte un peu du type généralement admis, en ce que, au lieu d'avoir une simple crise à intervalles assez rapprochés, le malade a des accès se succédant rapidement, et constituant des accès se rapprochant de l'état de mal.

Cet état, du reste, ne se renouvelle pas très souvent, puisque dans l'intervalle de deux années, il ne s'est reproduit que quatre fois.

Du reste, le petit malade s'amélioré beaucoup, son état intellectuel surtout, qui, maintenant, est à peu près celui des enfants de son âge.

Le tableau des mensurations nous indique la différence de volume et même de longueur du côté paralysé avec le côté sain.

Tableau des mensurations indiquant les différences
de proportion des deux côtés du corps

	1889		1891		1892	
	D	G	D	G	D	G
<i>Membres supérieurs</i>						
Circonférence au niveau de l'ais- selle.....	16	16	16	16.5	17.5	18
Circonférence à 0 ^m 10 au-dessus de l'olindne.....	14.5	14.5	14.5	15.5	15.5	16
Circonférence à 0 ^m 10 au-dessous.	14	14	14	14.5	15.5	16
Circonférence au niveau du poi- gnet.....	11	11	11	10.5	11.2	11
Circonférence du métacarpe.....	13	13	12	12	13	12.5
Distance de l'acromion à l'oli- ndne.....	15	15	16.5	18.5	16.5	18.5
Distance de l'olindne à l'apo- physe du cubitus.....	11.5	11.5	14	12	14.5	14
Distance du cubitus à l'extrémité du médus.....	10.5	10.5	11	11	11	12
<i>Membres inférieurs</i>						
Circonférence au niveau de l'aine.	26	26	27	26	29	30
Circonférence à 0 ^m 10 au-dessus de la rotule.....	22	22	21	21	26	28
Circonférence à 0 ^m 10 au-dessous.	18	18	18	19	21	21
Circonférence au niveau du cou- de-pied (au-dessus des mal- léoles.....	13	13	13.5	15	15	15
Circonférence à la partie moyenne du pied.....	14	14	15	15	16.5	15.5
Distance de l'épinie liaque antéro- supérieure à l'interligne articu- laire du genou.....	19	19	21	24	24	25
Distance de cet interligne à la malléole externe.....	17	17	21	22	19	20
Distance de la malléole externe à l'extrémité de l'orteil médus...	11	11	13	12	13	13

ETAT DE MAL

Un des modes de terminaison de l'épilepsie est la mort en *état de mal*, qui, du reste, devient de moins en moins fréquente.

Dans ce cas, l'accès, au lieu d'être unique, isolé, se traduit par des explosions subintrantes (attaques imbriquées de Troussseau).

La durée de l'accès simple, d'après Delasiauve, Calmeil, Voisin, n'excède jamais quatre minutes, tandis que l'état de mal peut durer vingt-quatre heures.

Cette durée prolongée ne suffit pas pour qu'il y ait réellement état de mal; il faut pour cela qu'entre les différents accès, il n'y ait pas retour du malade à la connaissance.

En effet, il ne manque pas d'épileptiques ayant des séries d'accès, au nombre de 6 à 15 par vingt-quatre heures, chaque série pouvant être séparée de la suivante par quelques jours d'intervalle. Et ces accès ne peuvent cependant être considérés comme un état de mal.

Un autre caractère aussi constant, est l'élévation notable de la température comme dans une maladie

aiguë ; il n'est pas rare de constater dans l'état de mal, une température de 40 et même 41 degrés (Bourneville).

Notre malade avait, du reste, 39°4 au moment de sa mort. Il a succombé à son 45^e accès ; on en observe souvent un nombre beaucoup plus considérable, jusqu'à 400 en vingt-quatre heures.

Ce paroxysme de la maladie entraîne fort souvent la mort, comme dans notre cas, mais, chose assez curieuse, quand le malade survit, il est rare qu'il ait des troubles cérébraux importants.

L'exemple que nous avons pris est tiré du recueil d'Observations, publié chaque année par M. Bourneville et les internes de son service ; nous n'avons pu observer nous-même de malade dans cet état.

OBSERVATION XIII (RÉSUMÉE).

Le Tal... (Hippolyte), né à Paimpol, le 1^{er} septembre 1873, est entré à Bicêtre (service de M. Bourneville), le 29 septembre 1882.

Père, quelques excès de boissons, mort phthisique.

Mère, migraineuse ; grand-père maternel, quelques excès de boissons. Oncle maternel, aliéné.

Pas de consanguinité, inégalité d'âge de 10 ans.

Première dent à 5 mois. Marche et parole à 20 mois. Ménin-gite à 2 ans 1/2, avec convulsions, suivies de paralysie du côté droit, avec impossibilité de parler. Retour progressif de la marche et de la parole. Début précoce de l'athétose.

Début de l'épilepsie à 3 ans ; les accès surviennent le jour aussi bien que la nuit. Il y avait ordinairement une aura ; l'enfant criait : « maman ! maman ! » puis, sans autre cri, les yeux « cha-

viriaient », et le côté paralysé paraissait plus intéressé que l'autre. Il est impossible de préciser l'existence de secousses. La figure devenait noire et on voyait aux lèvres un peu d'écume. L'enfant s'est mordu plusieurs fois la langue et a eu des mictions involontaires. Parfois sommeil consécutif. Pas de folie avant ou après les accès. Le maximum des accès a été de 12 en 24 heures. En 1882, il est resté 3 mois sans en avoir.

L'enfant est envoyé à Bicêtre, de l'hôpital Beaujon, comme *épileptique*; depuis son entrée, 29 septembre 1882, jusqu'en 1885, il n'a pas eu un seul accès. Il est atteint d'*hémiplegie du côté droit*, avec *athétose*; contorsions de la face à droite, mouvement des doigts de la main qui se porte en arrière, etc.

1885, juin. L'enfant a eu ce mois-ci 17 accès.

Traitement : élixir polybromuré et douches.

Les accès continuent à se reproduire, comme l'indique le tableau.

En décembre 1891, le caractère semble se modifier d'une façon fâcheuse; l'enfant est moins docile, devient plus irascible et parfois grossier avec ses maîtres. Il joue peu avec ses camarades, a des idées mystiques, parle souvent de ses prières et du bon Dieu.

Dans les derniers mois, mars, avril 1892, Le T.... était encore devenu plus irritable. Il répondait grossièrement aux observations de ses maîtres, et, en même temps, il avait le regard menaçant. Ses poches étaient constamment garnies de livres de piété que ses parents ou le vicaire lui donnaient. Dans ses colères, il menace des peines de l'enfer, du démon, etc. Ses camarades, malgré la défense qui leur en était faite, le taquinaient à cause de ses idées mystiques, ce qui irritait encore son caractère. A l'école, son attention était souvent distraite par une sorte de contemplation.

Le 21 mai 1892. — Le T..., ayant eu deux accès et s'étant blessé le nez, est envoyé à l'infirmerie. Dans l'après-midi, il a quatre autres accès, après chacun desquels il a repris aussitôt

connaissance. Il a mangé avec bon appétit, et le soir, au coucher, il n'a présenté rien de particulier. T. R. 37°4. Soir : T. R. 37°6.

22 mai. — Le T... a été pris d'accès ce matin à 5 h. 10, puis à 5 h. 20, 5 h. 30, 5 h. 45, 6 h., 6 h. 15, 6 h. 30, 6 h. 35, 6 h. 42, 7 h. ; la T. R. est restée à 38°.

Les accès se sont montrés aux heures suivantes : 7 h. 5, 7 h. 10, 7 h. 15, 8 h. 20, 8 h. 25, 8 h. 45. La connaissance revient après chaque accès ; l'enfant parle de sa mère et dit qu'il pense qu'elle ne viendra pas le voir aujourd'hui.

Accès à 10 h. 15, 10 h. 20, 10 h. 23, 10 h. 27 (20° accès), 10 h. 30, 10 h. 35, 10 h. 40, 10 h. 45, 10 h. 48, 11 h., 11 h. 15, 11 h. 20, 11 h. 25, 11 h. 30, 11 h. 35, 11 h. 45, midi et midi et demi. La T. R. prise aussitôt, est à 37°8 ; une heure plus tard, sans nouvel accès, elle est à 38°2 ; deux heures après, c'est-à-dire à 2 h. 1/2, sans nouvel accès, on note 38°7. Durant cette rémission, l'enfant a sa connaissance et dit qu'il va mieux. A 3 h. 1/4, 35° accès, à la suite duquel l'enfant ne reprend plus connaissance et tombe dans le coma. Accès à 4 h. 15, 4 h. 20, 4 h. 23, 4 h. 27, 4 h. 30, 4 h. 35, 4 h. 40, 4 h. 47 et 4 h. 50. A 5 h., il a son 45° accès, dans lequel il succombe (état de mal).

La température, au moment de la mort, est de 39°4 ; un quart d'heure après la mort, de 38°8 ; une heure après, de 38°8 ; deux heures après, de 36°2.

Tableau des Accès

MOIS	1882		1883		1884		1885		1886		1887		1888		1889		1890		1891		1892	
	Accès	Vertiges	Accès	Vertiges	Accès	Vertiges	Accès	Vertiges	Accès	Vertiges	Accès	Vertiges	Accès	Vertiges	Accès	Vertiges	Accès	Vertiges	Accès	Vertiges	Accès	Vertiges
Janvier.....	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	13	3	17	»	14	1	40	»	10	2	20	4
Février.....	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	8	1	18	»	3	1	14	13	1	»	10	3
Mars.....	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	14	»	14	2	12	»	16	16	1	»	9	1
Avril.....	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	15	2	10	3	24	»	3	4	12	»	6	2
Mai.....	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	5	»	13	3	14	»	15	1	14	»	4	1
Juin.....	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	4	»	»	»	»	1	20	2	»	»
Juillet.....	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	23	1	5	7	»	2	27	»	»	»
Août.....	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	29	»	15	»	14	5	15	»	»	»
Septembre...	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	18	»	14	»	10	3	14	»	»	»
Octobre...	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	5	1	14	»	2	1	14	»	»	»
Novembre...	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	6	»	13	»	4	»	16	1	»	»
Décembre...	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	13	»	3	»	6	»	2	1	27	»	»	»
TOTAUX ..	»	»	»	»	»	»	106	32	125	2	87	6	179	11	134	19	84	47	174	5	92	11

DÉMENCE ÉPILEPTIQUE

Notre dernière Observation nous montre un malade ayant passé successivement par les différents degrés de l'épilepsie. Il a d'abord des convulsions, puis des vertiges, enfin des accès, qui deviennent très fréquents.

Nous ne voulons pas conclure de là que la marche de l'épilepsie est toujours celle-ci : nous en trouverions un démenti formel dans nos Observations mêmes, et, chez certains malades, la maladie se manifeste d'emblée par la grande attaque comitiale.

Nous sommes heureux, néanmoins, de présenter cette Observation, qui résume en elle seule les différentes formes étudiées dans ce travail.

Elle sera, pour nous, une preuve que ces différentes formes sont bien des manifestations épileptiques.

De plus, l'acheminement du malade vers la démence, nous donnera un des modes de terminaison assez fréquent de la maladie.

Nous n'avons pu donner, dans notre Observation, un tableau complet de la démence, car, comme nous l'avons dit, notre malade tend à la déchéance intellec-

tuelle, à la démence, mais est encore trop jeune pour être véritablement un dément épileptique tel qu'on en rencontre dans les asiles, le nez rouge et tuméfié, les lèvres et les ailes du nez gonflées, les paupières abaissées et la bouche déviée.

Nous avons dit que la démence était causée le plus souvent par les vertiges et les petits accès ; l'Observation que nous donnons paraîtra peut-être en contradiction avec ce que nous avons avancé, car dans le tableau des accès, nous ne voyons signalés que fort peu de vertiges.

Nous croyons éviter ce reproche en disant que si les petits accès, absences, vertiges, etc., conduisent à la démence, c'est surtout par la répétition fréquente de ces accidents, mais si les grandes attaques étaient aussi fréquentes que les vertiges, elles amèneraient bien plus vite la démence.

OBSERVATION XIV.

Chrétien, Edmond, 17 ans, entré à Bicêtre le 25 mars 1885, né à Paris, le 30 avril 1868.

Le père, âgé de 47 ans, est un ouvrier bien portant, petit, sobre, d'un caractère tranquille, et qui n'aurait jamais eu de maladies. Le grand-père paternel est mort « brûlé par la boisson » et était atteint d'un cancer stomacal. La grand'mère est morte du choléra. Une nièce du père est *épileptique*.

La mère, âgée de 42 ans, grande, bien portante, est nerveuse, mais n'a pas d'attaques de nerfs ni de syncopes. Le grand-père maternel est mort d'un « coup de sang », en 20 heures ; il était

âgé de 78 ans. La grand'mère maternelle est morte à 84 ans ; elle n'était pas en enfance, ni paralysée.

Pas de consanguinité.

Notre malade a 6 frères ou sœurs, parmi lesquels deux sont morts, le premier et le cinquième, de diarrhée cholériforme, sans avoir jamais présenté de phénomènes convulsifs ; les autres sont vivants et bien portants, sans aucun accident nerveux.

Pour notre malade, la mère ne présenta rien de particulier pendant sa grossesse, sauf de l'œdème des membres inférieurs. L'accouchement se fit à terme et naturellement.

A sa naissance, l'enfant était bien vivant et assez fort. Il fut élevé au sein par sa mère, jusqu'à l'âge de 25 mois. A 14 mois, il marchait ; à cet âge, il eut pour la première fois des *convulsions*, qui durèrent de 7 heures du matin à minuit, et qui ne portaient que sur le côté droit ; le lendemain, à son réveil, on s'aperçut que l'enfant était paralysé du côté droit : il remuait un peu la jambe, mais ne pouvait se servir de son bras.

A 18 mois, l'enfant se remit à marcher comme auparavant, et la paralysie du bras avait également disparu, et jusqu'à l'âge de 4 ans, on ne remarqua rien d'anormal.

A cet âge, ayant passé sous une voiture, il a eu une frayeur excessive ; il n'avait eu aucune contusion, mais depuis cet accident, il avait peur à propos de rien.

Deux mois après, il a eu son premier *vertige* ; il s'était assis, il se mit à tourner convulsivement la tête à droite et à gauche, les paupières battant, les yeux tournant dans l'orbite, les lèvres violettes, et se portant les mains à la gorge, comme si quelque-chose l'étouffait, le tout ayant duré trois ou quatre secondes.

Ces vertiges se renouvelèrent depuis, mais à intervalles assez éloignés, tous les mois, ou même il restait deux mois sans en avoir.

De 10 à 12 ans, les *vertiges* deviennent plus nombreux, ils

sont quotidiens, et quelquefois on en remarque jusqu'à 4 par jour. L'enfant va cependant à l'école, et son intelligence est ordinaire.

C'est à 12 ans que le prend le premier *accès*. « Ça le prend comme un coup de foudre » ; il n'a pas d'aura, tombe à terre en poussant trois ou quatre cris, dans un état de rigidité complète, aussi prononcée d'un côté que de l'autre ; de même, les secousses cloniques sont égales des deux côtés ; à ces secousses, succède le ronflement ; il s'écoule de la bouche une bave non spumeuse ; il s'est mordu la langue, mais n'a pas eu de miction involontaire.

Après l'accès, il s'endort pendant trois ou quatre heures, d'un sommeil tranquille, sans cauchemars, sans secousses.

Les vertiges sont aussi fréquents qu'avant l'apparition des accès, qui sont diurnes et nocturnes, et se produisent très irrégulièrement, tantôt 4 ou 5 en 24 heures, tantôt à intervalles de deux mois ; il est vrai que le malade suit un traitement par le bromure de potassium, depuis l'âge de 7 ans.

Depuis l'apparition des accès, il fut renvoyé de l'école, et resta chez ses parents, où il était absolument inactif, passant ses journées assis sur une chaise ; il évitait de faire un mouvement.

Amené à Bicêtre, le 25 mars 1885, il est alors âgé de 17 ans, on constate que sa mémoire est faible, mais son intelligence ordinaire ; son caractère est tranquille, sans violences.

Il continue à avoir des accès et des vertiges ; il se blesse à l'atelier de serrurerie où il travaille ; en tombant, il se fait une ecchymose assez étendue à l'angle interne de l'œil droit. Il a des accès tous les mois, variant de nombre, entre 3 et 15, comme l'indique le tableau.

En décembre 1885, il a de nombreuses pustules d'acné, que l'on traite par des lavages au sublimé et par l'interruption du traitement bromuré.

On reprend le traitement au 20 janvier, combiné avec l'hydro-

thérapie, mais le 21 avril, la face présentant encore de nombreuses pustules d'acné, on interrompt de nouveau le traitement bromuré jusqu'au 2 mai.

Ayant supprimé de nouveau le bromure, le 24 mai, l'enfant a 11 accès pendant le mois de juin, tandis qu'il n'en a eu qu'un seul en mai. Le traitement étant repris avec rigueur, il n'a pas d'accès le mois d'août. On est encore forcé d'interrompre plusieurs fois le traitement, à cause de l'acné persistant, mais on constate néanmoins une grande amélioration dans le nombre des attaques. Au lieu de 86 attaques en 1885, où il n'est resté que 10 mois, il n'y a en 1886 que 60 attaques pour l'année entière.

En 1887, il a encore 57 attaques, les vertiges se continuant toujours.

Les attaques épileptiques n'augmentent pas de fréquence ni de violence, mais le malade ne s'améliore cependant pas vite, ni au point de vue physique, ni au point de vue intellectuel.

Depuis son entrée, sa taille et son poids sont restés les mêmes, et sa force constatée au dynamomètre, qui était de 46 et 51 à son arrivée, n'est plus que de 34 et 35. La mémoire s'affaiblit aussi rapidement.

En 1888, le nombre des accès a sensiblement augmenté, il est de 106; en 1889, il y en a 62.

En 1890, le malade a toujours des accès à peu près aussi nombreux, et il tend à la *déchéance intellectuelle*; la mémoire est très affaiblie, la parole est un peu lente, parfois hésitante. Le malade est long à se remettre de ses crises; son état se caractérise par une lourdeur intellectuelle et physique prononcée. Il ne commet jamais de violences, a plutôt l'air ahuri, hébété. Il marche d'une seule pièce, le corps raide et droit, ne répond que par *oui* ou *non* aux questions qu'on lui pose.

Il paraît toujours endormi; il n'a aucun désir, et est indifférent à ce qui se passe autour de lui, fait machinalement ce qu'on lui commande.

Il n'a aucune affection pour qui que ce soit, et ne paraît éprouver ni plaisir ni douleur.

Il n'a aucune idée du beau, du bon; paraît cependant ne pas aimer les grossièretés, n'insulte jamais personne.

Il est incapable de réfléchir; le problème le plus facile, qu'il faisait autrefois sans difficulté, il n'essaie même pas d'en chercher la solution.

Le malade quitte le service le 14 novembre 1890, pour entrer dans un asile de vieillards.

Tableau des Accès de Chret. Edmond

MOIS	1885		1886		1887		1888		1889		1890	
	Accès	Vertiges	Accès	Vertiges	Accès	Vertiges	Accès	Vertiges	Accès	Vertiges	Accès	Vertiges
Janvier.....			5		7		4		7	3	3	
Février.....			6	1	6		11	2	5		8	
Mars.....	3		8		5		9		2		9	
Avril.....	9		5		6	1	6		7		4	
Mai.....	7		1		8		5		7		1	1
Juin.....	7		11	4	2		7		6		5	
Juillet.....	7				3		10		1		9	
Août.....	11		6		3		11		4		5	
Septembre.....	13		2		4		6		7		5	
Octobre.....	15	1	3		5		19		6			
Novembre.....	4		2		8		9		4			
Décembre.....	10		7		6	2	9		6			
TOTAUX	86	1	60	5	57	3	106	2	62	3		

CONCLUSIONS

De l'étude que nous avons faite nous retiendrons que :

1° Les convulsions précoces des enfants se trouvent très fréquemment chez les épileptiques ;

2° L'épilepsie est fréquente chez les enfants sous les formes cliniques les plus diverses ;

3° Les formes les plus simples, les absences, les vertiges, les secousses épileptiques, se trouvent surtout au début de la maladie ;

4° Le diagnostic de ces diverses formes, souvent très difficile, ne peut guère être posé sûrement que par l'étude des diverses manifestations de la maladie chez le même sujet ;

5° L'hérédité névropathique ou indirecte est évidente chez tous nos malades ; nous y avons trouvé souvent l'alcoolisme des ascendants.

L'hérédité similaire est moins fréquente.

6° Le traitement par le bromure de potassium et l'hydrothérapie, paraît donner des résultats, au moins pour l'amélioration des malades ; le bromure de camphre paraît agir spécialement sur les absences.

Vu : le Doyen,

BROUARDEL.

Vu : le Président de la Thèse,

CORNIL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

